

Évaluation du projet pilote Girasole dans le canton du Tessin : rapport de synthèse

Rapport à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Lucerne, le 22 janvier 2019

IMPRESSUM

Auteurs

Manuela Oetterli (direction du projet)

Anina Hanimann

Andreas Balthasar (assurance-qualité)

INTERFACE

Politikstudien Forschung Beratung

Seidenhofstrasse 12

CH-6003 Lucerne

T +41 41 226 04 26

luzern@interface-pol.ch

www.interface-pol.ch

Mandant

Office fédéral de la santé publique (OFSP), Département fédéral de l'intérieur

Durée de l'évaluation

Février 2016 à janvier 2019

Période de relevé des données

Septembre 2016 à avril 2018

Direction du projet d'évaluation à l'OFSP

Christine Heuer

Groupe d'accompagnement

Marcacci Alberto, OFSP, Berne ; Bouvier Gallacchi Martine, SPVS, Bellinzone ; Auer Reto, BIHAM, Berne ; Heuer Christine, OFSP, Berne

Méta-évaluation

L'OFSP a confié l'élaboration du présent rapport à un mandataire externe dans le but d'obtenir une réponse indépendante et scientifiquement fondée à des questions essentielles. L'interprétation des résultats, les conclusions et les éventuelles recommandations à l'attention de l'OFSP et d'autres acteurs peuvent par conséquent diverger de l'avis et de la position de l'OFSP.

Le projet de rapport a fait l'objet d'une méta-évaluation, effectuée par le service Évaluation et recherche de l'OFSP et le groupe d'accompagnement de l'évaluation (voir ci-dessus). La méta-évaluation (contrôle de la qualité scientifique et éthique d'une évaluation) s'appuie sur les standards de qualité de la Société suisse d'évaluation (standards SEVAL). Le résultat de la méta-évaluation a été transmis à l'équipe d'évaluation et pris en compte dans le présent rapport.

Commande

Office fédéral de la santé publique

Service Évaluation et recherche (E+F)

3003 Berne

www.bag.admin.ch/rapports-evaluation

Traduction

Traduit de l'allemand en français par Lionel Felchlin

Proposition de citation

Oetterli, Manuela ; Hanimann, Anina ; Balthasar, Andreas (2019) : Évaluation du projet pilote Girasole dans le canton du Tessin : rapport de synthèse. Rapport à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), Interface Politikstudien Forschung Beratung, Lucerne.

Référence

Numéro du projet : P16-08

TABLE DES MATIÈRES

IMPRESSUM	2
1 INTRODUCTION	5
1.1 Le projet pilote Girasole	5
1.2 Design de l'évaluation	9
2 RÉSULTATS	14
2.1 Reach : accessibilité	14
2.2 Effectiveness : efficacité	17
2.3 Adoption : acceptation et ancrage	18
2.4 Implementation : mise en œuvre	21
2.5 Maintenance : durabilité	23
3 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	24
3.1 Conclusions sur la mise en œuvre et l'impact de Girasole	24
3.2 Recommandations	26

1 INTRODUCTION

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a chargé la Haute école spécialisée de la Suisse italienne (*Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana*, SUPSI) à Lugano de l'évaluation de la mise en œuvre et Interface Politikstudien Forschung Beratung à Lucerne de l'évaluation des effets du projet pilote Girasole dans le canton du Tessin.¹ Le présent rapport en forme la synthèse et formule des recommandations à l'intention des décideurs à l'échelle cantonale et nationale.

1.1 LE PROJET PILOTE GIRASOLE

Le projet pilote Girasole a été conçu et réalisé entre 2014 et 2018 par le Service de promotion et d'évaluation sanitaire (*Servizio di promozione e di valutazione sanitaria*, SPVS) du Département de la santé et des affaires sociales (*Dipartimento della sanità e della socialità*, DSS) dans le canton du Tessin. S'inscrivant dans la Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT), il a été soutenu sur le plan conceptuel par l'OFSP et cofinancé par le DSS. Il s'insère dans une série de projets et programmes similaires de prévention et de promotion de la santé qui ont été mis en œuvre ces dernières années en cabinet médical, à l'instar des programmes PAPRICA² et Pas à Pas³ en Suisse romande ou de Coaching Santé⁴ en Suisse alémanique.

1.1.1 OBJECTIFS ET GROUPES CIBLES

Le projet pilote avait pour objectif d'introduire dans le canton du Tessin, à titre d'essai, une approche d'intervention qui intègre des principes méthodologiques et des contenus des programmes Coaching Santé et PAPRICA. Il s'agissait de tester en premier lieu si la mise en œuvre est réalisable dans les cabinets médicaux tessinois et, en second lieu, si l'approche d'intervention fonctionne. Enfin, il s'agissait d'étudier l'impact de l'intervention sur le comportement des patients en matière de santé⁵, et notamment sur leur activité physique.⁶ L'intervention devait contribuer à réduire les facteurs de risque des maladies non transmissibles. Un accent particulier portait sur la promotion de l'activité physique. L'enquête suisse sur la santé (ESS) de 2012 a révélé en effet que le manque

¹ Oetterli, Manuela ; Hanimann, Anina ; Gianola, Giada (2018) : Externe Evaluation des Pilotprojekts Girasole im Tessin : Wirksamkeit des Pilotprojekts. Teil II der Evaluation. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern et Caiata-Zufferey, Maria ; De Pietro, Carlo. (2018) : Évaluation du projet-pilote Girasole : Le processus de mise en œuvre. Rapport à l'attention de l'OFSP. SUPSI/DEASS : Lugano-Manno.

² Koutaissoff, Daria ; Jeannin, André ; Dubois-Arber, Françoise (2012) : Évaluation de la formation PAPRICA (Physical Activity promotion in PRImary CAre), Lausanne.

³ Locicero, Stéphanie ; Samitca, Sanda ; Bize, Raphaël (2018) : Évaluation formative du projet « Pas à Pas » avec délégation médicale du conseil en activité physique auprès de spécialistes en activités physiques adaptées. Lausanne.

⁴ Grüniger, Ueli ; Schmid, Margareta ; Hösli, Ruedi ; Egli, Fabian ; Neuner-Jehle, Stefan (2012) : Gesundheitscoaching. Schlussbericht Projekt Gesundheitscoaching KHM. Gesundheitscoaching : Förderung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen in der Arztpraxis, Bern.

⁵ Pour des raisons de lisibilité, le présent rapport parle ci-après de patients et de médecins de premier recours. Il va de soi que la forme féminine est toujours sous-entendue.

⁶ Bundesamt für Gesundheit BAG (2016) : Entscheid-Protokoll – Evaluation des Pilotprojekts Girasole im Tessin. Konzeptentwurf vom 10. Juni 2016. BAG, Bern.

d'activité physique est particulièrement marqué au Tessin.⁷ À cet effet, les médecins de premier recours tessinois (groupe cible direct du projet pilote Girasole ou médiateurs) devaient conseiller leurs patients (groupe cible indirect) sur les comportements ayant une incidence sur la santé et les inciter à élaborer avec eux un projet de santé. Les patients devaient le réaliser seuls ou avec le soutien d'un répertoire de propositions d'activités physiques. Chez un patient recruté sur six, l'application de la nouvelle approche d'intervention par le médecin de famille devait entraîner une amélioration de l'état de santé.⁸ La compétence en matière de conseil et de coaching devait également être renforcée suivant l'approche d'intervention des médecins impliqués. Enfin, le projet pilote devait contribuer à la mise en réseau des acteurs des soins de santé et de la collectivité publique.

1.1.2 BASES CONCEPTUELLES

Un plan général du SPVS⁹, des procès-verbaux du groupe de pilotage du projet pilote¹⁰ et un modèle d'effets établi par un prestataire externe sur mandat de l'OFSP ont compté parmi les bases conceptuelles du projet pilote Girasole.¹¹ En collaboration avec les deux équipes d'évaluation, ces bases fragmentaires ont été consolidées et concrétisées en 2016 dans le cadre d'un plan d'évaluation. L'équipe d'évaluation a notamment adapté le modèle d'effets à l'état actuel du projet en y associant le SPVS et le service Évaluation et recherche de l'OFSP.¹²

1.1.3 APPROCHE D'INTERVENTION

L'approche d'intervention du projet pilote Girasole s'est appuyée, du point de vue de la méthodologie et du contenu, sur des projets existants. Des éléments de ces projets ont été repris, réunis et adaptés aux besoins du Tessin. La méthode de l'entretien motivationnel avec ses fiches de travail et l'idée d'une prise de décision partagée entre le médecin et le patient sont reprises du programme Coaching Santé du Collège de médecine de premier recours (CMPR). Le programme PAPRICA de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne a servi de modèle pour la conception de la formation continue des médecins de premier recours.

1.1.4 CHAMPS D'ACTION ET MESURES

Le projet pilote Girasole peut être décrit à l'aune de trois champs d'action : la formation continue des médecins de premier recours, l'intervention en cabinet médical et le soutien apporté aux médecins de premier recours.

⁷ Office fédéral de la statistique (2014) : Enquête suisse sur la santé 2012. Communiqué de presse, Neuchâtel (<<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/communiqués-presse.assetdetail.38880.html>>, accès le 5 juillet 2018). Seuls 60,8 % des personnes interrogées dans le canton du Tessin ont indiqué être actifs physiquement – par contraste avec la moyenne suisse de 72,5 %.

⁸ Présentation de Martine Bouvier Gallacchi « Progetto Girasole. Empowerment e coaching nello studio medico. Formazione Coaching salute e Paprica Centro sportivo nazionale di Tenero 16-17 settembre 2016 ».

⁹ Canton du Tessin (2014) : Projet Girasole. Projet visant à intégrer des concepts de promotion de l'activité physique et de prévention des facteurs de risques liés à la sédentarité dans le système de soins, en particulier dans la pratique de la médecine de premier recours, Canton du Tessin, Bellinzzone.

¹⁰ Office fédéral de la santé publique OFSP (2015) : Règles de communication projet-pilote Girasole. OFSP, Berne et Office fédéral de la santé publique OFSP (2014) : Procès-verbal : 1^{re} rencontre GL (Gruppo di lavoro) Girasole, OFSP, Berne.

¹¹ Simonson, Thomas ; Bize, Raphaël (2015) : Actualisation de la théorie d'action du projet Girasole et proposition d'indicateurs en vue de l'évaluation, Lausanne.

¹² Oetterli/Hanimann/Gianola (2018) et Caiata-Zufferey/de Pietro (2018).

Formation continue des médecins de premier recours

Le SPVS a conçu, avec le CMPR, une formation continue visant à transmettre l'approche d'intervention sur la base du programme PAPRICA et en y associant quatre médecins de premier recours sélectionnés (appelés instructeurs). En septembre 2016, le SPVS et les quatre instructeurs ont donné cette formation continue au Centre sportif national de Tenero. Elle devait approfondir les connaissances des médecins de premier recours sur la méthodologie et le contenu de l'intervention et les familiariser avec leur nouveau rôle de coach. Ils ont aussi été informés des tâches qui leur incombaient dans l'évaluation du projet Girasole.¹³

Le recrutement des médecins dans le but de participer au projet pilote ou à la formation continue s'est déroulé par le biais du réseau du SPVS. L'une des conditions était qu'ils aient de l'intérêt pour l'entretien motivationnel. Les médecins de famille devaient par ailleurs couvrir toutes les régions du Tessin.

Intervention en cabinet médical

La phase d'intervention dans les cabinets médicaux a commencé en octobre 2016 par le recrutement de patients « appropriés » par les médecins de premier recours. Ont été définis comme tels les patients qui avaient entre 40 et 75 ans, se rendaient régulièrement au cabinet médical, présentaient un ou plusieurs facteurs de risque pour les maladies non transmissibles (tel le manque d'exercice physique) et étaient en principe motivés à changer de comportement d'après les constatations du médecin traitant.

La phase d'intervention proprement dite a débuté après le recrutement des patients.¹⁴ Le coaching par le médecin de famille comprenait quatre étapes, réparties sur plusieurs consultations¹⁵ : 1) le médecin sensibilise le patient à un changement de comportement ; 2) le patient choisit, avec le médecin, un ou plusieurs domaines où il veut changer de comportement et parle de sa motivation ; 3) ils planifient conjointement un projet de santé à l'aide de mesures et d'objectifs concrets ; 4) ils vérifient la mise en œuvre et la réalisation des objectifs du projet de santé. Les arrangements communs des quatre étapes ont été consignés dans trois fiches de travail.¹⁶

Le projet pilote s'est conclu en décembre 2017 par un événement officiel auquel ont pris part l'OFSP, le SPVS, les médecins de famille impliqués et les deux équipes d'évaluation. La phase

¹³ Pour l'évaluation des effets, les médecins de premier recours devaient en premier lieu tenir une liste des patients participant au projet. Cette liste contenait neuf variables sur leur contexte (p. ex., âge, sexe, facteurs de risque) saisies une seule fois et relevait, à chaque consultation, une information sur quatre autres variables (p. ex., durée de la consultation). En second lieu, ils devaient remettre aux patients un questionnaire avec un code personnel au début et à la fin de l'intervention. En troisième lieu, ils devaient inscrire ce code sur les fiches de travail de l'intervention. En quatrième lieu, ils devaient remplir deux brefs questionnaires (après la formation continue et à la fin du projet pilote). Pour l'évaluation de la mise en œuvre, ils ont pris part deux fois à un entretien (de groupe).

¹⁴ Comme dans le modèle d'effets de Simonson/Bize (2015) relatif au projet pilote, les termes de « coaching » et d'« intervention » sont utilisés de manière indifférenciée et se réfèrent aux conseils que le médecin de premier recours donne au patient d'après l'approche méthodologique de l'entretien motivationnel et de la prise de décision partagée.

¹⁵ Le nombre de consultations se fondait sur les besoins des patients.

¹⁶ Ces fiches de travail ont été reprises du programme Coaching Santé, traduites et légèrement adaptées au contexte tessinois.

d'intervention s'est poursuivie jusqu'en mars 2018, et ses résultats ont été intégrés dans la présente évaluation.

Soutien apporté aux médecins de premier recours

Ce champ d'action comprend les prestations de soutien du SPVS destinées aux médecins de premier recours. Il s'agissait en premier lieu d'une liste des offres d'activité physique dans le canton du Tessin, que les médecins pouvaient utiliser pour élaborer le projet de santé des patients.¹⁷ En second lieu, le SPVS a organisé trois rencontres entre les médecins impliqués pour favoriser l'échange d'expériences. En troisième lieu, il a mis à leur disposition une affiche et un dépliant pour attirer l'attention sur l'offre de coaching dans leur cabinet.¹⁸ En quatrième lieu, il s'est assuré, avec l'Ordre des médecins du canton du Tessin (Ordine dei medici del Canton Ticino, OMCT), que les médecins puissent décompter les prestations de coaching fournies dans le cadre du projet pilote par le biais des caisses-maladie.¹⁹ En cinquième lieu, les médecins de famille ont été dédommagés par le SPVS pour leur participation à hauteur de 500 francs et ont pu prendre part gratuitement à la formation continue.²⁰ Enfin, le SPVS leur a fait plusieurs propositions pour d'autres prestations de soutien (p. ex., ateliers pour un entraînement approfondi en lien avec l'entretien motivationnel). Sur la base des retours des médecins, il a donc décidé au cours du projet d'organiser une seconde formation continue, avec un expert, sur la gestion du stress dans le quotidien du cabinet pour aider les médecins à intégrer l'intervention dans les consultations de tous les jours. Cette formation ne faisait toutefois pas partie de l'évaluation.

1.1.5 ORGANISATION ET TÂCHES

L'organisation du projet comprenait un niveau stratégique et un niveau opérationnel.²¹

Niveau stratégique

Les *mandants* du projet pilote étaient l'OFSP, représenté par la division Prévention des maladies non transmissibles (MNT), et le DSS, représenté par le SPVS. La division MNT et le DSS ont cofinancé le projet.²² Le service Évaluation et recherche de l'OFSP a mis par ailleurs à disposition

¹⁷ Cette liste a été mise à la disposition des médecins de premier recours au format papier, puis sous forme électronique. Les médecins ont toutefois préféré la version papier pour l'interaction avec les patients. Cette liste a servi à remplacer le matériel de PAPRICA traduit en italien, jugé inutile par les instructeurs.

¹⁸ Ce matériel peut être téléchargé sur le site Internet du SPVS : <<https://www4.ti.ch/dss/dsp/spvs/progetti/alimentazione-e-movimento/girasole/>>, accès le 8 juin 2018.

¹⁹ Les médecins ont pu facturer leurs prestations de conseil par le biais du code TARMED 00.0510. Il va de soi que chaque médecin était libre d'utiliser ou non ce code.

²⁰ La direction du projet a exclu l'idée de dédommager les médecins de premier recours par patient ayant participé au projet – comme c'est le cas pour d'autres projets de recherche dans le contexte médical, et notamment le programme Coaching Santé –, étant donné que, de son point de vue, cela n'était pas pertinent pour les médecins impliqués. De plus, cette solution aurait entraîné un biais de sélection par les médecins de premier recours, comme les incitations financières auraient alors été déterminantes pour le recrutement des patients, et non des motifs d'ordre professionnel.

²¹ Les mandants (OFSP/division MNT et SPVS/DSS) ne se sont entendus sur un organigramme définitif qu'à l'issue de la phase pilote en octobre 2018.

²² La part de la division MNT s'élevait à 177 330 francs pour 2014-2017, celle du DSS à 59 900 francs. Le Service du médecin cantonal a formellement approuvé le budget global du projet en 2015.

les ressources humaines et financières pour la direction et la réalisation du projet d'évaluation externe. Le *groupe de pilotage* se composait de représentants de l'OFSP et du SPVS. Présidé par l'OFSP, il est notamment intervenu dans les travaux conceptuels préparatoires.

Niveau opérationnel

La *direction du projet* incombait au SPVS. Il s'agissait de recruter les médecins, de préparer le matériel et les outils nécessaires pour le projet pilote, d'organiser et de mettre en œuvre la formation continue des médecins de premier recours et de les soutenir pendant la phase d'intervention. En outre, le SPVS a participé à la conception de l'évaluation (p. ex., rédaction et distribution du matériel pour les cabinets médicaux) et assuré le contact entre l'équipe d'évaluation et les médecins. En tant que partenaire externe, l'OMCT a soutenu la direction du projet pour la rémunération des prestations, et l'Association tessinoise des médecins de famille (*Associazione ticinesi medici di famiglia*, ATIMEF) l'a épaulée de manière ponctuelle pour la promotion du projet auprès du corps médical tessinois. Le *groupe d'accompagnement*, composé du Collège de médecine de premier recours (CMPR) et des instructeurs, a mis ses compétences à la disposition du SPVS pour toutes ces tâches.²³

1.2 DESIGN DE L'ÉVALUATION

1.2.1 OBJECTIF ET PROBLÉMATIQUE

L'évaluation avait pour objectif d'examiner la mise en œuvre et les effets du projet pilote Girasole dans le canton du Tessin en vue d'une optimisation et d'une possible extension du projet à l'échelle nationale.²⁴ Elle avait pour objet les trois champs d'action de Girasole (formation continue des médecins de premier recours, application de l'intervention en cabinet, soutien apporté aux médecins de premier recours) avec le groupe cible direct des médecins de premier recours et le groupe cible indirect des patients et des principaux acteurs tessinois (en particulier le SPVS).

Pour la synthèse, les questions déduites des objectifs de l'évaluation ont été structurées sur la base du cadre RE-AIM (voir tableau D 1.1).²⁵ RE-AIM est un système qui compte cinq dimensions pour le déploiement des effets des interventions : l'accessibilité (**R**each) du groupe cible, l'efficacité (**E**ffectiveness), l'acceptation et l'ancrage (**A**doption) auprès du groupe cible ainsi que la mise en œuvre (**I**mplementation) et la durabilité (**M**aintenance) de l'intervention. Dans le cas présent, RE-AIM sert surtout à structurer les résultats, car les deux évaluations partielles ont utilisé des structures différentes.²⁶

²³ Le CMPR a été mandaté par l'OFSP ; source : Office fédéral de la santé publique OFSP (2014) : Décision (N° 14.017101). Compte/crédit 3119502050/N° de tâches 60105/Alimentation et activité physique du 11.11.2014, OFSP, Berne.

²⁴ Bundesamt für Gesundheit BAG (2016) : Entscheid-Protokoll – Evaluation des Pilotprojekts Girasole im Tessin. Konzeptentwurf vom 10. Juni 2016. BAG, Bern.

²⁵ Glasgow, Russell E. ; Klesges, Lisa M. ; Dziewaltowski, David A. ; Estabrooks, Paul A. ; Vogt, Thomas M. (2006) : Evaluating the impact of health promotion programs. Using the RE-AIM framework to form summary measures for decision making involving complex issues, in : Health Education Research 21(5), p. 688-694.

²⁶ On retrouve toutefois les aspects de RE-AIM dans le modèle d'effets qui a servi de structure à l'évaluation des effets ; voir Oetterli/Hanimann/Gianola (2018).

D 1.1 : Questions d'évaluation par groupe cible et sur la base de RE-AIM

Questions d'évaluation	R	E	A	I	M
Médecins de premier recours					
Nombre de participants, caractérisation, recrutement des médecins, motivation ?	I/II				
Évolution de la compétence en matière de conseil et de coaching ?		II			
Satisfaction concernant la formation continue/la mise en œuvre/le soutien/l'approche d'intervention ?			I/II		
Importance de la prévention et de la promotion de la santé ?			I/II		
Mise en œuvre de l'intervention ?				I	
Nombre de médecins qui poursuivent le projet Girasole ?					I
Patients					
Nombre de participants, caractérisation, raison du refus/de l'abandon ?	II				
Réalisation des objectifs personnels ?		II			
Évolution de l'état de santé, du comportement, de la compétence en la matière ?		II			
Satisfaction concernant le coaching ?			II		
Confiance concernant le maintien du comportement en matière de santé ?					II
Acteurs					
Ancrage dans le canton ?			I/II		
Mise en œuvre du projet pilote par la direction du projet ?				I	
Poursuite de Girasole par la direction du projet ?					I/II

Légende : I = mise en œuvre (élément de l'évaluation partielle I), II = effets (élément de l'évaluation partielle II). Source : représentation Interface.

1.2.2 NIVEAUX DE COMPARAISON

Trois dimensions de comparaison sont intervenues pour répondre aux questions d'évaluation : d'abord, une comparaison entre la situation actuelle et la situation planifiée a permis de vérifier le degré de réalisation des objectifs fixés dans le projet Girasole. Des comparaisons avant/après ont également été réalisées pour constater les effets chez les patients et les médecins de premier recours. Les mesures au début et à la fin de l'intervention permettent d'observer les changements par rapport à la situation de départ. Enfin, l'équipe d'évaluation a effectué des comparaisons entre les médecins et les patients participant au projet, dans la mesure du possible, et comparé les résultats des effets chez les patients avec les données disponibles de l'enquête suisse sur la santé de 2012²⁷ ainsi que des programmes Coaching Santé, PAPRICA et du projet Pas à Pas.²⁸

²⁷ Les données de la dernière ESS n'étaient pas encore disponibles au moment de l'établissement du rapport partiel 2.

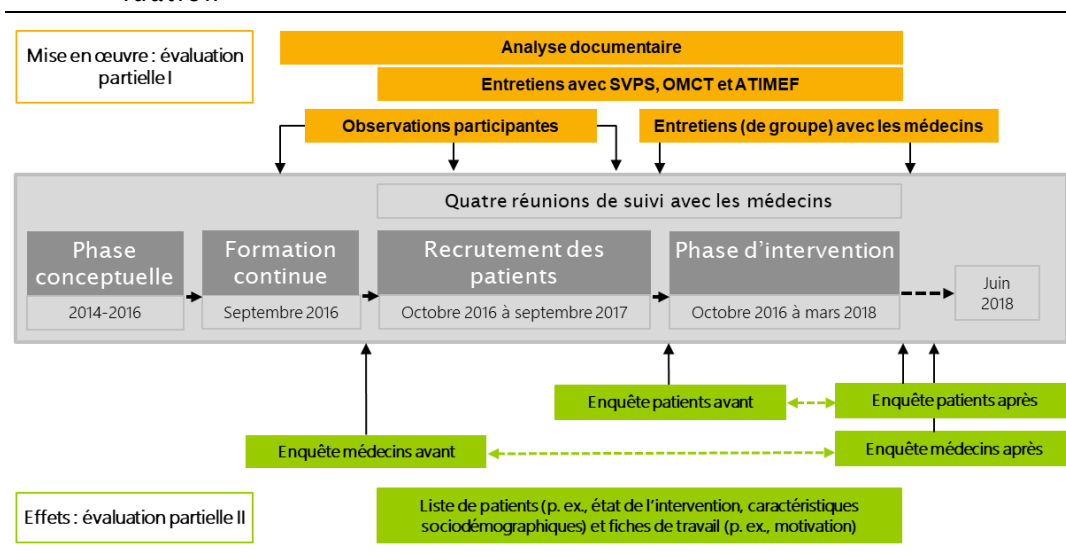
²⁸ En plus des trois programmes et projets mentionnés, d'autres mesures de prévention ont été mises en œuvre ces dernières années dans les cabinets médicaux en Suisse. Il s'agit notamment du projet « Vivre sans tabac – conseil médical en désaccoutumance », du guide « L'intervention brève pour des patients avec une consommation d'alcool à problème », du programme EviPrev ou du document de base « Crise et suicide ». L'approche ouverte de Girasole a permis de combiner l'intervention du médecin de premier recours avec des instruments tirés d'autres programmes et projets (p. ex., interventions brèves en cas de consommation d'alcool à problème, pour autant que le patient ait un objectif en la matière). Mais comme le projet pilote Girasole portait en premier lieu sur l'activité physique, l'évaluation n'a pas examiné plus en détail dans quelle mesure les médecins impliqués ont pris en compte d'autres instruments de ce genre dans l'intervention.

1.2.3 COLLECTE DES DONNÉES

Le schéma ci-dessous donne une vue d'ensemble des méthodes de collecte qualitatives et quantitatives utilisées. L'évaluation de la mise en œuvre s'est appuyée sur la théorie de Dearing²⁹ relative à la diffusion des innovations et comprenait une analyse documentaire, des observations participantes de la formation continue, deux réunions de suivi avec les médecins de premier recours, des entretiens de groupe et des entretiens individuels.

L'évaluation des effets s'est notamment fondée sur deux enquêtes écrites avant/après auprès des médecins de premier recours et des patients.³⁰ Les questions ont été coordonnées autant que possible avec celles de l'ESS et de l'évaluation du programme Coaching Santé dans un souci de comparabilité. De plus, les médecins de famille ont collecté et évalué des données spécifiques aux patients dans une liste séparée. Enfin, l'évaluation a porté sur l'analyse de certaines indications des fiches de travail 1 à 3 que les médecins ont utilisées avec leurs patients dans le cadre du coaching.³¹ Les données des enquêtes quantitatives ont été analysées sur un plan purement descriptif. Les différences entre les groupes de patients qui ont abandonné en cours de route et ceux qui sont allés au bout du projet ont été étudiées au moyen d'un test du khi carré. Au cours de la conception de l'évaluation des effets, l'équipe d'évaluation a pu faire appel aux conseils et aux expériences d'une personne en charge du programme Coaching Santé à l'Institut de médecine de premier recours de l'Université de Zurich.

D 1.2 : Déroulement du projet Girasole et collecte des données de l'évaluation



²⁹ Dearing, James W. (2009) : Applying Diffusion of Innovation Theory to Intervention Development. Research on Social Work Practice, 19(5), 503-518.

³⁰ L'évaluation partielle II s'est aussi appuyée sur une analyse documentaire pour le développement des instruments de collecte des données et l'analyse des données. Des détails sur la structure des questionnaires figurent aux sections 3.4 et 3.5 du rapport partiel 2. Les questionnaires complets se trouvent à l'annexe A2 (patients) et A3 (médecins de premier recours) de ce rapport ; voir Oetterli/Hanimann/Gianola (2018).

³¹ Les fiches de travail figurent à l'annexe 1 du rapport partiel 2 ; voir Oetterli/Hanimann/Gianola (2018).

Légende : Pour l'évaluation de la mise en œuvre, il y a eu en tout neuf entretiens de groupe (cinq au début, quatre à la fin de la phase d'intervention) et sept entretiens individuels (trois au début, quatre à la fin de la phase d'intervention) avec des médecins de premier recours. Source : représentation Interface.

1.2.4 OPPORTUNITÉS ET LIMITES DE L'ÉVALUATION

L'interprétation des résultats de l'évaluation doit tenir compte de ce qui suit :

1. La conception fragmentaire de Girasole a représenté un défi important pour l'équipe d'évaluation. Il a fallu la préciser et l'adapter à l'état réel du projet avant d'élaborer un plan d'évaluation. Ce processus a requis une part considérable des ressources disponibles pour l'évaluation ; en même temps, la direction du projet estime qu'il a largement contribué à l'optimisation du projet pilote.
2. La conception de Girasole était volontairement ouverte pour laisser aux médecins de premier recours une grande marge de manœuvre dans la mise en œuvre de l'intervention. Ce procédé a permis, d'une part, d'appliquer et d'analyser le projet dans les conditions « réelles » d'un cabinet. D'autre part, ces conditions ont eu pour corollaire une mise en œuvre trop peu systématique de l'intervention pour pouvoir tirer des conclusions sur son efficacité.
3. À la demande de la direction du projet pilote, l'évaluation a fait l'impasse sur un suivi étroit des médecins impliqués³² en raison d'un manque d'acceptation et sur l'indemnisation³³ des médecins pour leurs prestations dans le cadre de l'évaluation en raison du biais de sélection. L'évaluation a encore renoncé à recourir à un groupe de contrôle (pour vérifier les facteurs d'influence de l'évaluation et les facteurs d'influence hors intervention)³⁴ pour des raisons organisationnelles.

L'équipe d'évaluation a présenté ces obstacles en détail à l'OFSP et au SPVS lors de la discussion relative à l'offre.³⁵ À la suite d'un examen des avantages et des inconvénients, les responsables ont souhaité réaliser une évaluation quantitative des effets en tenant compte des questions de l'ESS sur l'état de santé et le comportement en matière de santé malgré les risques connexes. Notamment parce que le groupe de pilotage souhaitait une comparaison de l'état et du comportement des patients impliqués en matière de santé avec les données de l'ESS pour le canton du Tessin. De plus, la direction du projet au SPVS a pu exposer de manière crédible que les médecins de premier recours sélectionnés étaient très motivés et disposés à participer selon les conditions spécifiées et que le SPVS les accompagnerait étroitement pour la mise en œuvre. Enfin, la charge pour les patients, à savoir remplir un questionnaire d'évaluation relativement bref au début (trois pages) et à la fin de l'intervention

³² La qualité de la collecte des données par les médecins et le retour des questionnaires des patients dépendaient fortement de l'engagement des médecins. Or l'équipe d'évaluation n'était pas autorisée à entrer directement en contact avec ce groupe cible.

³³ Les médecins de famille ayant participé au projet Coaching Santé ont reçu, pour leurs prestations dans le cadre de l'évaluation, entre 30 francs (abandon après la première étape) et 250 francs (réalisation de toutes les étapes de l'intervention) par patient.

³⁴ Sur la collaboration avec les médecins de premier recours dans le cadre des projets de recherche, voir aussi Jungo, Katharina T. ; Löwe, Axel ; Mantelli, Sophie ; Meier, Rahel ; Rodondi, Nicolas ; Streit, Sven (2018) : Die OPTICA-Studie. In : PRIMARY AND HOSPITAL CARE – ALLGEMEINE INNERE MEDIZIN 2018 ; 18(6) : 100-102.

³⁵ Oetterli, Manuela ; Hanimann, Anina ; Balthasar, Andreas (2016) : Evaluation des Pilotprojekts Girasole : Teil Wirkungen und Synthese der Ergebnisse. Konzept und Offerte zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG) : section 5.1.4.

(quatre pages), et pour les médecins de premier recours (tâches liées à l'évaluation des effets) a été jugée raisonnable.³⁶

4. Le nombre de patients recrutés – conséquence des conditions-cadres précitées – est resté clairement en-deçà des attentes, même si le SPVS a contacté les médecins à plusieurs reprises et que la durée de la phase d'intervention a été prolongée. Il est en outre apparu que deux médecins de famille étaient particulièrement motivés et que les données ainsi générées ne sont pas représentatives des médecins qui ont participé au projet. Il n'a donc pas été possible de réaliser de comparaison entre les cabinets s'agissant de l'efficacité de l'intervention. En conséquence des points trois et quatre, l'évaluation n'a pas permis, sur la base des données visées, une conclusion valide relative à l'appréciation de l'impact du coaching sur le comportement en matière de santé et l'état de santé des patients.³⁷ L'évaluation des effets se fondait par ailleurs sur les renseignements personnels des patients et ne comprenait pas l'observation factuelle des changements. Dans le but de minimiser tout comportement de réponse conforme aux attentes de la société, les patients n'ont pas rempli les questionnaires en présence du médecin. Malgré ces réserves, la base de données disponible a fourni des indications précieuses sur les caractéristiques des patients qui ont ou non participé au projet ainsi que sur la motivation, la satisfaction et l'acceptation des patients impliqués.
5. On peut en conclure qu'aussi bien l'évaluation de la mise en œuvre que certaines parties de l'évaluation des effets ont posé une base importante dans le but de développer le projet pilote Girasole et d'en tirer des conclusions pour la diffusion de cette approche à plus large échelle. À cette occasion, l'équipe d'évaluation de la SUPSI et d'Interface remercie les médecins et les patients impliqués pour leur grand engagement et le SPVS, l'OFSP et le groupe d'accompagnement de l'évaluation pour leur excellente collaboration.

³⁶ Voir note 13.

³⁷ À cet égard, un projet de recherche financé par le Fonds de prévention du tabagisme est en cours à l'Institut de médecine de premier recours de Zurich (projet COSMOS) et devrait permettre des affirmations en conséquence : <<http://www.hausarztmedizin.uzh.ch/de/forschung/projekte/laufende-projekte.html>>, accès le 30 mai 2018.

Ce chapitre présente la synthèse des résultats de l'évaluation de la mise en œuvre et des effets du projet pilote Girasole à l'aune de la structure RE-AIM. Elle se concentre sur les trois champs d'action (formation continue, intervention et soutien), les groupes cibles (médecins de premier recours et patients) et la direction du projet au SPVS en qualité d'acteur principal. À cette occasion, il convient de signaler encore une fois explicitement les opportunités et les limites expliquées dans la section précédente, en particulier au regard de l'évaluation des effets.

2.1 REACH : ACCESSIBILITÉ

Cette section explique dans quelle mesure Girasole a atteint les médecins et les patients.

2.1.1 MÉDECINS DE PREMIER RECOURS

Combien de médecins de premier recours ont pris part à la formation continue ou appliqué l'intervention en cabinet ?

Sur les 25 médecins sollicités, 19 ont suivi la formation continue. Des données quantitatives permettant d'évaluer cette formation sont disponibles pour 17 d'entre eux.³⁸ Si l'on admet qu'en 2017, 310 médecins spécialisés en médecine générale, médecine interne générale et médecine interne ou médecins praticiens exerçaient en ambulatoire dans le canton du Tessin, cela correspond à un taux de participation de 5,5 %.³⁹ Après la formation continue, 17 médecins de famille ont appliqué l'intervention (c.-à-d. le coaching) en cabinet.

Comment caractériser ces médecins de premier recours ?

Près de deux tiers des médecins ayant participé au projet étaient des femmes, donc clairement surreprésentées (la part de médecins femmes n'est que de 30 % parmi les 310 médecins de famille dans le canton du Tessin). De manière générale, ce sont plutôt de jeunes médecins pratiquant dans des cabinets à deux ou en groupe qui ont pris part au projet Girasole. Tous les districts étaient couverts, et l'échantillon comprenait à la fois des cabinets des régions urbaines et rurales. La prise en compte de toutes les régions et de différents types de cabinets était un objectif explicite du projet pilote, qui a donc été atteint. Les quatre médecins qui ont recruté plus de la moitié des patients disposaient tous de connaissances préalables en matière de coaching et ont indiqué avoir déjà recouru à l'entretien motivationnel avant l'application de l'intervention en cabinet. Deux d'entre eux y ont associé l'assistante médicale.

Comment s'est déroulé le recrutement de ces médecins ?

Le choix des médecins de premier recours s'est appuyé pour une large part sur le réseau personnel de la direction du projet au sein du SPVS. Les médecins sollicités s'intéressaient à l'approche d'intervention et avaient de la disponibilité. En conséquence, près de deux tiers d'entre eux ont indiqué avoir de l'expérience dans l'entretien motivationnel et presque tous accordaient déjà une grande importance à la prévention et à la promotion de la santé dans leur pratique de la médecine de premier recours avant le projet Girasole. Ces médecins formaient ainsi un groupe de participants

³⁸ S'agissant des relevés qualitatifs, les données des premiers entretiens (de groupe) sont disponibles pour tous les médecins.

³⁹ <<http://aerztestatistik.myfmh2.fmh.ch/>>, accès le 2 juillet 2018.

sélectif. Lors du recrutement, on a par ailleurs veillé à rendre compte de l'hétérogénéité du corps médical au regard de la région et du type de cabinet (voir ci-dessus).

Quels étaient les motifs de leur participation ?

Les médecins ont principalement indiqué trois motifs pour leur participation. Primo, ils souhaitent être plus efficaces avec les patients dans la prévention et la promotion de la santé. Secundo, certains ont mentionné le renforcement du rôle du médecin de famille dans le système de santé et la valorisation de cette activité comme des facteurs importants de leur participation. Tertio, plusieurs ont évoqué le maintien de bonnes relations avec le SPVS, leur recrutement découlant d'une prise de contact personnelle du SPVS.

2.1.2 PATIENTS

Combien de patients ont été sollicités pour participer ? Comment les caractériser ?

Dans l'ensemble, les médecins ont demandé à 206 patients de participer à la phase d'intervention. La répartition des sexes de la population étudiée correspondait à celle de la population tessinoise. La tranche d'âge des 50 à 65 ans était en revanche proportionnellement surreprésentée. En outre, la plupart des patients sollicités présentaient le facteur de risque du surpoids (70 %) ou du manque d'activité physique (50 %). Cette répartition correspondait aux exigences de la direction du projet pour le recrutement des patients.⁴⁰

Combien de patients ont refusé de participer ? Pour quelles raisons ?
Sur les 206 patients sollicités, 25 (12 %) ont refusé de participer. Les raisons le plus souvent invoquées étaient le moment peu opportun, d'autres priorités, d'autres projets de santé, aucun besoin ou aucune motivation. Ce taux était un peu plus élevé que pour le programme Coaching Santé (taux de refus de 9 %).⁴¹

Combien de patients ont pris part à Girasole ?

Sur les 206 patients sollicités, 181 (88 %) ont au moins suivi la première phase du coaching avec les 17 médecins de famille. Le nombre de patients impliqués était en moyenne d'à peine onze par médecin, chaque médecin en a eu entre deux et 42. Quatre d'entre eux ont recruté ensemble plus de la moitié des patients. Par conséquent, beaucoup de médecins ont parlé du projet à peu de gens. Le nombre de patients recrutés était nettement plus faible que dans le programme Coaching Santé, où les 20 médecins de famille impliqués ont recruté 1000 patients dans le même temps. Parmi les raisons possibles, il y a la formation continue échelonnée du programme Coaching Santé, qui a permis aux médecins de discuter de leurs expériences, ainsi que les visites individuelles des cabinets par la direction du programme.⁴²

Comment les caractériser ?

À peine la moitié des 181 patients impliqués ont estimé que leur état de santé général était moyen au début du coaching et 3 % mauvais – nettement moins bien par rapport à l'état de santé de la

⁴⁰ Des indications détaillées sur les patients recrutés figurent dans le rapport partiel 2 de l'évaluation ; voir Oetterli/Hanmann/Gianola (2018).

⁴¹ Grüninger et al. (2012).

⁴² En raison du faible taux de recrutement, il a été décidé de prolonger la phase de recrutement de 6 à 12 mois. La prolongation n'a toutefois pas conduit à l'augmentation espérée du nombre de participants.

population tessinoise dans son ensemble. Les participants étaient en outre plus souvent obèses, avaient une plus grande charge psychique et un plus faible niveau de contrôle de leur vie, étaient moins actifs physiquement, consommaient moins de fruits et légumes et présentaient plus souvent une consommation problématique d'alcool ou une consommation de tabac plus élevée que la population de la Suisse italienne⁴³, autant d'aspects qui représentent des facteurs de risque des MNT. La plupart d'entre eux ont jugé important de changer leur comportement en matière de santé et jugé leur volonté forte. En même temps, moins de la moitié d'entre eux avait bon espoir que ce changement de comportement soit un succès.

Combien de patients ont abandonné le coaching ?

Sur les 181 patients, 81 (45 %) ont abandonné le coaching prématurément (« décrocheurs »). Ce taux est inférieur de 10 % au programme Coaching Santé.⁴⁴ De manière générale, un nombre proportionnellement élevé de patientes au bénéfice d'un diplôme du secondaire II ou de langue maternelle non italienne ont abandonné le coaching. En outre, les « décrocheurs » avaient une bien meilleure estimation de leur état de santé au début du coaching que les patients qui ont abordé toutes les étapes du coaching (« finishers »). Leur évaluation du niveau de contrôle de leur vie est aussi significativement plus élevée que celle des « finishers », ils ont plus fréquemment indiqué être actifs et manger sainement. En même temps, ils présentaient plus souvent une consommation problématique d'alcool et étaient plus souvent fumeurs que les « finishers ». Ces données attestent que les « décrocheurs » présentaient un plus faible niveau de souffrance ou une plus faible motivation pour changer de comportement en bénéficiant d'un suivi médical que les « finishers ».

Pour quels motifs ?

Pour la majorité des patients, il n'a pas été possible de déterminer la raison de l'abandon, car ils ne se sont plus rendus au cabinet et n'ont donc pas pu être interrogés une seconde fois. Seuls six des 81 « décrocheurs » ont rempli un second questionnaire dédié. Sur ces six patients, deux ont indiqué vouloir changer de comportement en matière de santé à un moment ultérieur. Pour 52 patients, les médecins avaient noté par ailleurs les raisons de leur non-participation ou de leur abandon, principalement le mauvais état de santé ou le manque de temps. Les patients ont aussi souvent annulé des rendez-vous dans le cadre du projet Girasole, d'après les dires des médecins, au motif qu'ils trouvaient les consultations trop chères ou par honte de ne pas avoir atteint leurs objectifs.

Combien de patients ont terminé le coaching ? Comment les caractériser ?

Sur les 181 patients, 100 (55 %) ont terminé le coaching et rempli le questionnaire dédié. Mais le taux d'achèvement oscillait entre 0 et 90 % en fonction du cabinet. Les « finishers » étaient plus souvent des hommes, plus âgés que les « décrocheurs » et plus souvent au bénéfice d'un diplôme tertiaire (les différences ne sont pas significatives). Par ailleurs, leur estimation de leur état de santé était nettement plus mauvaise que celle du groupe des « décrocheurs ».

⁴³ S'agissant des facteurs de risque, il n'existe pas de données uniquement pour le Tessin, mais pour la population italophone de la Suisse dans son ensemble ; voir ESS (2012).

⁴⁴ Grüninger et al. (2012).

2.2 EFFECTIVENESS : EFFICACITÉ

Cette section décrit les effets de Girasole chez les médecins et les patients.

2.2.1 MÉDECINS DE PREMIER RECOURS

Les connaissances et la compétence des médecins de premier recours en matière de coaching ont-elles évolué ?

Dans l'ensemble, seize médecins ont fourni des indications permettant une comparaison avant/après des effets du projet.⁴⁵ À la fin de la formation, la plupart d'entre eux ont estimé positivement les connaissances et compétences acquises au cours de celle-ci. Cette auto-évaluation est restée en grande partie identique à l'issue de la phase d'intervention.

2.2.2 PATIENTS

Comme le rapport le mentionne à la section 1.2.4, les données disponibles ne permettent que des déclarations limitées sur les effets chez les patients. Cette situation s'explique en premier lieu par l'absence d'un groupe de contrôle, qui serait nécessaire pour examiner si d'éventuels changements ont bel et bien eu lieu à la suite de l'intervention⁴⁶, en second lieu par le faible nombre de patients recrutés et le faible taux de retour chez les « décrocheurs », en troisième lieu par l'utilisation d'estimations majoritairement subjectives des patients pour mesurer les effets, en quatrième lieu par le fait que la majorité des patients n'a été recrutée que par quatre des 17 médecins.

Les patients ont-ils pu atteindre leurs objectifs personnels ?

Pour la comparaison avant/après, les données concernant 90 patients étaient disponibles. La plupart d'entre eux s'étaient fixé un objectif personnel en lien avec l'activité physique, l'alimentation et/ou le poids. Seuls quelques patients ont choisi un objectif dans le domaine du stress, du tabac ou de l'alcool. Il n'y avait pas de différences à cet égard entre les « finishers » et les « décrocheurs ». Plus de deux tiers des « finishers » ont indiqué, à l'issue de la phase d'intervention, avoir atteint leur objectif personnel.

L'état de santé subjectif des patients a-t-il évolué ?

28 % des patients interrogés ont indiqué une amélioration de leur état de santé général. De plus, 18 % d'entre eux ont signalé qu'ils se sentaient moins atteints dans leur santé et 52 % que leur IMC s'était amélioré. 74 % ont déclaré que leur charge psychique avait diminué, et 48 % sont parvenus à augmenter le niveau de contrôle de leur vie. Dans l'ensemble, toutes ces variables affichaient davantage d'améliorations que de détériorations. Par ailleurs, les améliorations étaient aussi plus nettes (pertinentes) que les détériorations.⁴⁷ Tous ces résultats ont attesté, à l'instar de ceux du programme

⁴⁵ Un médecin de premier recours n'a pas rempli les deux questionnaires.

⁴⁶ D'après l'effet Hawthorne, la simple conscience de participer à une intervention peut déjà conduire à un changement de comportement et, par conséquent, entraîner une fausse estimation de son efficacité. Il se peut également que seuls des patients particulièrement motivés aient pris part à l'intervention ; voir McCambridge, Jim ; Witton, John ; Elbourne, Diana R. (2014) : Systematic Review of the Hawthorne effect : New concepts are needed to study research participation effects, in : Journal of Clinical Epidemiology 67 (3), p. 267-277.

⁴⁷ Par améliorations significatives, on entend des changements d'échelle importants (p. ex., l'IMC passe du surpoids au poids normal et ne diminue pas seulement de quelques points sur l'échelle).

Coaching Santé et du projet Pas à Pas⁴⁸, de possibles effets du coaching sur la santé physique et psychique ressentie.

Les patients ont-ils changé leur comportement en matière de santé ? 34 % des patients pratiquaient davantage d'activité physique après l'intervention, et 54 % ont pu réduire le temps qu'ils passaient en position assise. Près de 40 % des répondants ont en outre indiqué après l'intervention consommer plus de fruits et légumes. 23 % ont réduit leur consommation habituelle et 11 % leur consommation problématique d'alcool. Six patients ont arrêté de fumer. Tous les domaines comportementaux ont plus souvent enregistré des améliorations que des détériorations, et les améliorations individuelles étaient aussi plus fréquemment significatives que les détériorations. Il y a notamment eu beaucoup d'améliorations significatives en lien avec l'activité physique (c.-à-d. que des patients précédemment inactifs sont devenus actifs). Chez les patients qui s'étaient fixé leur propre objectif de santé dans le domaine concerné, les améliorations étaient encore plus clairement perceptibles.

La culture sanitaire des patients a-t-elle évolué ?

La part de patients qui affichaient des améliorations dans les différents aspects de la culture sanitaire oscillait entre 8 et 29 %, mais des détériorations étaient en même temps perceptibles chez tout autant de patients, voire davantage. Cette base de données ne permet pas d'identifier les effets du coaching sur la culture sanitaire. On ne peut cependant pas exclure que ces résultats tiennent aussi à la mesure utilisée car, pour des raisons pratiques de recherche, seul un nombre réduit d'items a servi à mesurer la culture sanitaire.

2.3 ADOPTION : ACCEPTATION ET ANCRAGE

Cette section est consacrée à l'acceptation et à l'ancrage de Girasole chez les médecins de premier recours, les patients et les acteurs impliqués.

2.3.1 MÉDECINS DE PREMIER RECOURS

Les médecins de premier recours étaient-ils satisfaits de la formation continue et comment ont-ils évalué son utilité ?

Après la formation continue, tous les médecins de premier recours étaient très satisfaits des différents aspects abordés et l'ont jugée très utile, indépendamment d'éventuelles connaissances préalables en matière de conseil et de coaching. Après la mise en pratique des acquis, la moitié des médecins a toutefois indiqué que d'autres formations continues étaient nécessaires, notamment pour se familiariser avec l'entretien motivationnel. À noter cependant que deux médecins n'ont pas rempli le questionnaire. Ils n'étaient pas favorables au projet Girasole sur le fond et l'ont abandonné à l'issue de la formation continue (voir aussi les explications ci-après).

Étaient-ils satisfaits de l'application de l'intervention en cabinet ?

Les médecins interrogés étaient globalement satisfaits de la phase d'intervention. À deux exceptions près, ils ont estimé que la consultation médicale était appropriée pour le coaching. En parallèle, près de la moitié des médecins ont indiqué après la phase d'intervention que le coaching ne pouvait (plutôt) pas être appliqué dans le cadre de la consultation pour des raisons de temps. Notamment

⁴⁸ Locicero et al. (2018), p. 34 et Grüninger et al. (2012), p. 5.

en raison du caractère ouvert de l'intervention, qui complique la planification de la durée et du contenu de la consultation.

82 % des médecins étaient d'avis, après la phase d'intervention, que les conditions tarifaires étaient insuffisantes pour la prévention et la promotion de la santé (avant : 64,7 %). Cela peut aussi tenir au fait que les conditions de facturation des prestations Girasole se sont détériorées au cours du projet en raison des adaptations de TARMED.⁴⁹ De plus, seul un quart des médecins a activement associé les assistantes médicales à l'intervention. Les raisons évoquées pour leur non-participation sont l'absence de formation correspondante, le manque de temps, le manque d'aptitude à accomplir cette tâche ou le fait de ne pas pouvoir facturer leurs frais. Dans les quatre cas où l'assistante médicale a été associée à l'intervention, elle a assumé des tâches aussi bien de fond que d'administration.

Étaient-ils satisfaits des prestations de soutien du SPVS ?

La plupart des médecins ont jugé le matériel mis à disposition utile (fiches de travail, propositions d'activités physiques, dépliants, affiches) et plus de la moitié d'entre eux l'a utilisé. Les approches méthodologiques et le matériel les ont aidés à structurer les consultations consacrées à la prévention et à la promotion de la santé. En même temps, le travail impliquant les fiches a été jugé en partie trop artificiel pour la situation de consultation.

Par ailleurs, les médecins ont trouvé les réunions d'échange utiles, car ils ont pu discuter ensemble d'une activité professionnelle donnée. Malgré le soutien du SPVS tout au long du projet pilote, les médecins qui y ont participé ont estimé que la charge de travail était très élevée. L'une des raisons était l'évaluation externe concomitante par Interface et le SUPSI, pour laquelle ils ont dû saisir des données et prendre part à des entretiens (voir note 13). Malgré tout, le rapport coûts-utilité de l'évaluation a été jugé globalement positif.

Comment les médecins de premier recours ont-ils évalué l'approche d'intervention de Girasole ?

D'après l'évaluation de la mise en œuvre, les médecins ayant participé au projet ont attribué six caractéristiques positives à l'approche d'intervention. Premièrement, elle a été décrite comme *réalisable*. La plupart des médecins ont indiqué que la mise en œuvre de la nouvelle conception des rôles était simple pour eux et bien acceptée par les patients. Seuls quelques-uns se sont exprimés négativement à cet égard. Deuxièmement, les médecins ont apprécié le caractère *structurant* de l'approche. Elle leur a permis d'aborder la prévention et la promotion de la santé d'une façon plus systématique en cabinet, et les médecins ont accueilli favorablement les outils et le matériel correspondants. Troisièmement, sa *flexibilité* a été considérée comme un avantage : les médecins ont pu concevoir l'intervention selon leur propre méthode de travail, recevant peu de directives de la direction du projet à cet égard. Quatrièmement, le projet dans son ensemble a conféré une certaine *légitimité* à la prévention et à la promotion de la santé dans le cabinet médical. Cinquièmement, les médecins ont jugé l'approche *satisfaisante*, car le patient a assumé plus de responsabilités du fait de la répartition horizontale des rôles entre médecin et patient et qu'il s'est davantage investi dans la consultation. Enfin, ils ont qualifié l'approche de *fructueuse*, car la nature franche de l'entretien leur a permis d'aborder de tout autres aspects de la santé du patient et de se faire une meilleure idée de son état général.

⁴⁹ En font partie, d'une part, les limitations de facturation pour divers tarifs, dont les tarifs 00.0510, 00.0515, 00.0516 et 00.0520, et, d'autre part, les restrictions pour la facturation des prestations en l'absence du patient.

Des spécificités négatives ont aussi été attribuées à cette approche. En premier lieu, certains médecins l'ont jugée peu spontanée, en partie artificielle et donc *restrictive*. En second lieu, l'intervention a impliqué un certain *risque* dans la planification des consultations en termes de temps et de contenu, car le contrôle n'appartenait plus seulement aux médecins. Enfin, deux médecins ont eu dès le début une attitude très négative à l'égard du projet pilote, qui peut s'expliquer par deux raisons. D'une part, ils estimaient cette approche *incompatible avec leur identité professionnelle*, car ils imaginaient leurs priorités professionnelles dans le domaine curatif. D'autre part, l'approche était *utopique* selon eux, et ils se sont montrés très critiques à l'égard de la prise de décision partagée. Ils doutaient que l'intervention puisse effectivement conduire à un changement chez les patients. Ces deux médecins se sont par la suite retirés du projet.

Dans l'ensemble, l'évaluation a identifié quatre types de médecins favorables au projet pilote à des degrés divers.⁵⁰ 1) *L'insoumis* avait une compréhension de la prévention qui allait à l'encontre du projet pilote. Il était d'avis que le médecin de famille n'a aucune influence sur le mode de vie des patients et a donc rejeté l'approche d'intervention. Il a rapidement jeté l'éponge. 2) *Le critique*, qui partageait cette compréhension de la prévention et de la promotion de la santé, jugeait l'approche d'intervention utile, mais trop rigide. Il a appliqué l'intervention comme bon lui semblait et l'a adaptée à ses besoins. 3) *L'intéressé*, qui partageait cette compréhension, a évalué l'approche d'intervention très positivement. Mais il a eu bien du mal dans la mise en œuvre et a surtout recruté des patients dont il était sûr du succès. 4) *Le convaincu*, qui partageait cette compréhension, a parfaitement appliqué l'approche d'intervention dans son cabinet et l'a pleinement soutenue. Comme le projet pilote a recruté de manière ciblée des médecins dont on pouvait supposer leur intérêt pour une telle approche d'intervention, *l'intéressé* et *le convaincu* y sont probablement surreprésentés par rapport à l'ensemble des médecins de premier recours tessinois.

Les médecins qui ont participé au projet pilote jusqu'à la fin ont tiré un bilan positif dans l'ensemble : la plupart d'entre eux ont estimé que le coaching avait favorisé l'esprit d'initiative des patients, qu'ils ont pu améliorer leurs propres compétences en matière de coaching et que le gain de connaissances qu'ils en ont retiré était globalement élevé.

Comment les médecins de premier recours ont-ils évalué l'importance et les conditions-cadres de la prévention et de la promotion de la santé en cabinet ?

L'importance de la prévention et de la promotion de la santé en cabinet a globalement peu évolué au cours de la phase d'intervention, car elle avait déjà été jugée élevée par les médecins avant le début de l'intervention. Les explications ci-dessus sur les différents types de médecins ont toutefois montré que ceux ayant participé au projet se différencient dans leur définition de la prévention.

2.3.2 PATIENTS

Dans quelle mesure les patients étaient-ils satisfaits du coaching ? Tant les « décrocheurs » que les « finishers » se sont exprimés très positivement sur le coaching par le médecin avant l'intervention.⁵¹ Ils se sont sentis compris et soutenus par leur médecin, estimant que la prévention avait sa place dans le cabinet. Ces taux d'approbation élevés ont subsisté chez les

⁵⁰ Caiata-Zufferey/de Pietro (2018).

⁵¹ Le questionnaire des patients s'enquerrait de la satisfaction à l'égard du « projet Girasole », car le SPVS a toujours parlé du « progetto Girasole » dans le matériel de communication que les médecins ont utilisé pour rendre leurs patients attentifs à l'offre. Or il s'agit bien entendu spécifiquement de l'intervention que le médecin réalisait avec ses patients.

« finishers » après l'intervention. Presque tous s'adresseraient à nouveau à leur médecin s'ils voulaient changer leur comportement en matière de santé à l'avenir. Les six « décrocheurs » ayant rempli le questionnaire dédié se sont montrés nettement plus critiques après la phase d'intervention et étaient globalement mécontents du coaching.

S'agissant de l'utilité, la plupart des « finishers » ont estimé que leur bien-être a augmenté suite à leur participation au projet pilote Girasole, qu'ils sont parvenus à assumer plus de responsabilité pour leur santé et que les entretiens avec le médecin étaient utiles. Sur les six « décrocheurs », près de la moitié a également jugé ces aspects positivement, ce qui démontre qu'ils ont reconnu une certaine utilité au coaching malgré leur grande insatisfaction à l'égard du projet pilote. Du fait du faible nombre de réponses, il n'est toutefois pas possible d'en dire davantage sur la satisfaction et l'utilité au sein de ce groupe.

2.3.3 SPVS

Dans quelle mesure la mise en réseau des acteurs au-delà des médecins de premier recours et patients impliqués dans le projet pilote a-t-elle réussi ?

Le SPVS a recherché et noué une collaboration avec l'OMCT (notamment pour le décompte des prestations médicales) et l'ATIMEF (notamment pour la reconnaissance des crédits pour la formation). Le SPVS n'avait pas prévu une collaboration et mise en réseau de plus grande ampleur dans le cadre du projet pilote Girasole. Celles-ci font toutefois l'objet d'un examen en vue de la poursuite du projet Girasole. De ce fait, la mise en réseau avec d'autres acteurs pertinents peut être qualifiée de globalement assez faible dans le cadre du projet pilote.

Du point de vue de l'évaluation, la question se pose de savoir dans quelle mesure les attentes de l'OFSP et du SPVS vis-à-vis du projet Girasole et de son importance concordent. Si le SPVS voulait pour l'essentiel tester la faisabilité de l'approche du coaching au sein de son réseau personnel de médecins de famille, l'OFSP considérerait Girasole comme une mesure centrale de la stratégie MNT et poursuivait l'objectif d'en vérifier l'efficacité et d'étendre cette approche à d'autres cantons.

2.4 IMPLEMENTATION : MISE EN ŒUVRE

Différents aspects de la mise en œuvre de Girasole chez les médecins de premier recours, les patients et les acteurs impliqués sont décrits ci-après.

2.4.1 MÉDECINS DE PREMIER RECOURS

Comment les médecins de premier recours ont-ils appliqué Girasole dans leur cabinet ?

La plupart des médecins ont mis en œuvre l'intervention individuellement dans leur cabinet. Seul un quart d'entre eux environ y ont associé l'assistante médicale (de manière ponctuelle). De plus, aucun professionnel n'a été impliqué en dehors du cabinet.

Comment les médecins de premier recours ont-ils recruté les patients ?

Un premier groupe de médecins, le plus important, a veillé à maximiser les chances de succès (c.-à-d. l'achèvement de l'intervention) lors du recrutement. Une grande motivation de départ chez les patients, de fortes probabilités de changement et l'adéquation de la situation de consultation (p. ex.,

bilan de santé) ont constitué des facteurs importants. Ces médecins ont recruté des patients quand les contraintes de temps le permettaient et quand ils étaient motivés à collaborer étroitement avec eux. Le taux de succès relativement élevé des « finishers » révèle que cette stratégie était manifestement payante. Un deuxième groupe de médecins s'est montré moins sélectif et a sollicité à peu près tous les patients pour une participation. Les médecins s'étaient par ailleurs diversement préparés au recrutement. Certains avaient noté au préalable quels patients entraient en ligne de compte et prévu une première consultation plus longue. D'autres ont proposé l'intervention de manière relativement spontanée. Enfin, certains ont d'abord expliqué l'offre avant de fixer une consultation distincte pour la suite. C'était notamment le cas quand les patients se rendaient chez le médecin pour des problèmes bien spécifiques (p. ex., à cause d'une fracture).

Comment les consultations ont-elles été fixées pour Girasole ?

En vertu de l'approche d'intervention, les médecins devaient revoir leurs patients entre deux et quatre fois après le recrutement pour réaliser le coaching. D'après les indications de la liste de patients des médecins de famille, il y a eu en moyenne 3,6 consultations : 4,3 chez les « finishers » et 2,5 chez les « décrocheurs ». La durée moyenne de la consultation par cabinet variait entre 10 et 35 minutes. Sur l'ensemble des cabinets, la durée moyenne était pratiquement identique à celle observée dans le programme Coaching Santé (16 vs 15 minutes) et rarement supérieure à 30 minutes (2,3 % des cas).⁵² Ces consultations ont été convenues de manière différente après le recrutement. Certains médecins ont fixé des consultations spécifiques pour le projet Girasole. D'autres les ont intégrées aux consultations existantes. Certains, enfin, ont laissé les patients fixer eux-mêmes la consultation – avec pour conséquence qu'ils n'ont souvent pas poursuivi leur projet de santé.

Comment les médecins de premier recours ont-ils exercé leur rôle de coach ?

La façon dont les médecins ont exercé leur rôle de coach était très disparate. Une petite minorité ayant beaucoup d'expérience dans l'entretien motivationnel n'a eu aucun mal à le mettre en pratique et a effectué le coaching d'après le manuel (« expert en coaching »). Un plus grand nombre de médecins en revanche était favorable à l'approche d'intervention, mais a eu du mal à appliquer cette technique d'entretien. Ils avaient notamment peur d'une perte de contrôle, par exemple dans le planning (« débutant en coaching »). Un dernier groupe, enfin, ne s'est appuyé sur l'approche d'intervention que de manière ponctuelle (« coaching personnalisé »).

Comment les prestations de coaching ont-elles été facturées ?

Les médecins ont aussi réfléchi différemment s'agissant de la facturation. Certains n'ont pas jugé justifié de facturer les prestations liées à l'intervention. C'était notamment le cas de médecins qui se sont peu identifiés au rôle de coach. De plus, les médecins n'ont pas tous décompté par le biais de la position 00.0510 du TARMED proposée par la direction du projet : certains ont utilisé le tarif 00.0520, prévu pour les consultations psychothérapeutiques ou psychosociales par le spécialiste de premier recours. Les médecins ont aussi mentionné à cet égard que l'utilisation de ce tarif pouvait stigmatiser les patients.

2.4.2 SPVS

Comment le SPVS a-t-il mis en œuvre le projet pilote ?

Il ressort de l'enquête auprès du SPVS que la conception de Girasole s'est avérée très longue, conformément à l'estimation de la direction du projet, et a compliqué le respect du budget. L'adaptation

⁵² Grüninger et al. (2012), chap. 7, p. 19.

du matériel et la mise en commun des principes d'intervention des programmes Coaching Santé et PAPRICA ont aussi représenté un véritable défi pour le SPVS. Celui-ci a souligné que le travail de communication avec les médecins impliqués ne doit pas être sous-estimé et qu'il vaut la peine d'investir suffisamment de ressources pour mener à bien le projet. La collaboration entre le SPVS et l'OMCT s'est avérée être un succès. Elle a conduit à une solution pour le décompte des prestations médicales. De plus, l'OMCT a mis ses locaux à disposition pour les entretiens qualitatifs de l'évaluation partielle I. Mais la collaboration s'est atténuée au fil du projet pour finalement prendre complètement fin.

2.5 MAINTENANCE : DURABILITÉ

En l'absence d'une enquête de suivi auprès des médecins et des patients impliqués, on ne peut rien dire de l'ancrage et de la durabilité de Girasole chez les médecins et les patients. Les résultats livrent toutefois quelques pistes.

2.5.1 MÉDECINS DE PREMIER RECOURS

Les médecins de premier recours poursuivront-ils le coaching ?

Les médecins étaient en principe motivés, à l'issue de la phase d'intervention, à continuer d'appliquer le coaching dans leur cabinet.

2.5.2 PATIENTS

Les patients poursuivront-ils leur travail sur leur comportement en matière de santé ?

La plupart des « finishers » se sont dit persuadés de pouvoir maintenir leur comportement à long terme. Bon nombre de patients ont indiqué par ailleurs vouloir réaliser à l'avenir d'autres projets de santé (avec ou sans le soutien du médecin de famille).

2.5.3 SPVS

Girasole est-il poursuivi dans le canton du Tessin ?

D'après les renseignements du SPVS, le DSS a décidé de soutenir ce projet au-delà de la phase pilote. Sur la base des expériences acquises au cours du projet pilote, une nouvelle formation continue est prévue, autant à l'intention des médecins ayant pris part au projet pilote que des nouveaux médecins intéressés devraient y participer. Le SPVS compte remanier les instruments utilisés. D'après ses indications, il est en outre prévu de rechercher la collaboration avec les associations de médecins tessinois, et notamment les médecins de premier recours. Cette approche pourrait favoriser la visibilité et l'ancrage de Girasole.

3.1 CONCLUSIONS SUR LA MISE EN ŒUVRE ET L'IMPACT DE GIRASOLE

La présente évaluation montre qu'il a été possible de mettre en œuvre le projet pilote Girasole, avec son approche d'intervention spécifique visant la prévention et la promotion de la santé, dans 17 cabinets médicaux tessinois. Les principaux résultats sont résumés encore une fois ci-dessous à l'aune du cadre RE-AIM.

Les médecins de premier recours atteints de manière sélective, les patients selon des critères (Reach)

Les médecins ont été recrutés comme prévu. Le réseau personnel de la direction du projet et sa formation de médecin de famille ont compté parmi les facteurs de succès, ce qui était une condition importante pour l'acceptation auprès du groupe cible. Les médecins qui ont participé au projet formaient un groupe particulièrement motivé. Reste à savoir si les chances d'atteindre les médecins de premier recours dans un autre contexte sont potentiellement grandes, notamment car la charge de travail liée à l'élaboration des bases ainsi qu'à la formation et au suivi des médecins était considérable. Or la direction du projet est parvenue à couvrir toutes les régions du Tessin et, ainsi, à vérifier la faisabilité dans différents contextes. Le médecin a joué un rôle clé dans le recrutement des patients et le succès dépendait considérablement de son engagement. Il y a donc eu de fortes disparités entre les médecins quant au nombre de patients recrutés. La plupart des patients sollicités ont recouru au coaching, ce qui indique une forte acceptation des médecins de famille dans ce rôle. Ces patients remplissaient les critères de Girasole s'agissant de l'âge, des facteurs de risque de maladies chroniques et de la disposition à changer de comportement. Cela s'est notamment exprimé par le fait que plus de la moitié des patients ont terminé le coaching comme prévu. En cas de bons rapports entre médecin et patient, Girasole semble être une approche prometteuse pour initier des mesures de prévention et de promotion de la santé en cabinet.

(Encore) peu de preuves d'efficacité disponibles (Effectiveness)

Les effets de Girasole sur la compétence des médecins en matière de coaching et de conseil étaient plutôt faibles, car l'auto-évaluation de ce groupe était déjà élevée auparavant. À leur avis, il est toutefois nécessaire de se familiariser davantage avec l'application de l'entretien motivationnel. Les auto-évaluations des patients ont montré par ailleurs que la plupart ont atteint leur objectif de santé personnel. Il y a aussi eu des signes d'effets positifs sur le comportement et l'état de santé des patients, ce qui concorde avec les résultats de recherche sur l'entretien motivationnel en cabinet.⁵³ Il n'a cependant pas été possible de les démontrer en raison du faible nombre de patients recrutés par les médecins, de la base de données lacunaire (surtout chez les « décrocheurs »), de l'utilisation d'appréciations subjectives des patients et de l'absence de comparaison avec un groupe de contrôle (voir les explications sur les opportunités et les limites de l'évaluation des effets à la section 1.2.4). Il faut

⁵³ Orrow, Gillian ; Kinmonth, Ann-Louise ; Sanderson, Simon ; Sutton, Stephen (2012) : Effectiveness of physical activity promotion based in primary care. Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials, in : BMJ 344 : e1389 et Arkowitz, Hal ; Westra, Henny A. ; Miller, William R. ; Rollnick, Stephan (2010) : Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen. Beltz Verlag, Weinheim/Basel.

donc une base de données plus solide pour formuler une recommandation générale dans l'optique d'une diffusion à l'échelle nationale.⁵⁴

Acceptation de principe chez les médecins et les patients (Adoption)

L'approche d'intervention a bénéficié d'une forte acceptation chez les médecins de premier recours qui ont pris part au projet pilote. Ils ont pu l'appliquer assez facilement, ont apprécié sa flexibilité, son effet structurant pour la consultation et son effet de légitimation pour l'activité du médecin de famille. Ils ont globalement jugé l'approche fructueuse pour la consultation et satisfaisante pour l'activité médicale. L'acceptation dépendait toutefois largement de leur conception professionnelle, et de fortes disparités sont apparues dans la compréhension de la prévention et de la promotion de la santé. Comme ce sont des médecins particulièrement engagés qui ont participé à Girasole, explicitement favorables aux mesures de prévention dans leur cabinet, la question se pose de savoir quelle serait l'acceptation et donc le potentiel de diffusion du projet au sein du corps médical élargi. De plus, certains médecins ont perçu cette approche comme un risque pour la planification de l'intervention et comme un artifice dans la situation de consultation. Mais dans l'ensemble, l'acceptation était très élevée. Chez les patients impliqués, il y a eu une forte acceptation de l'intervention réalisée par leur médecin de famille. Cela pourrait être dû au fait que les patients ont été soigneusement choisis par les médecins, qui bénéficiaient donc d'une forte acceptation et légitimité auprès des patients.

Besoin d'optimisation concernant l'organisation et la facturation (Implementation)

Comme le rapport le mentionne ci-dessus, la flexibilité de l'approche était globalement un élément important de l'acceptation de l'intervention par les médecins de famille. En même temps, cette pratique hétérogène est la raison pour laquelle il était difficile de formuler des généralités sur la mise en œuvre et l'impact du projet Girasole. Il est en outre apparu que les médecins avaient du mal à inscrire le coaching dans le planning du cabinet et y associaient rarement leur assistante médicale. Ils considéraient par ailleurs l'intervention comme un risque pour la planification du contenu et de la durée de la consultation. Chaque médecin a ici besoin d'aides claires pour ne pas ressentir de perte de contrôle à l'égard de la planification de la consultation. La facturation des prestations a également été abordée de différentes manières, même si le SPVS avait mis à disposition une solution ad hoc. Certains n'ont pas osé facturer ces prestations de coaching au patient. Enfin, les médecins ont nettement moins bien évalué les possibilités de facturation après l'intervention, ce qu'il faut aussi considérer à l'aune des adaptations de TARMED en 2018. Dans la perspective d'une diffusion de Girasole, il faut des solutions standardisées afin de pouvoir décompter les prestations de prévention en cabinet avec les caisses-maladie.

Base créée pour l'ancrage de Girasole au Tessin (Maintenance)

Les médecins impliqués étaient motivés pour poursuivre le coaching dans leur cabinet. Ils forment une base précieuse pour la poursuite des travaux entamés au Tessin et l'optimisation du projet. Le SPVS a déjà engagé des mesures correspondantes.

⁵⁴ Les résultats du projet COSMOS de l'IHAM de Zurich pourraient offrir une nouvelle base permettant de tirer des conclusions sur l'efficacité de telles interventions en Suisse.

3.2 RECOMMANDATIONS

Dans l'optique d'une optimisation du projet pilote et de sa diffusion à l'échelle nationale, des recommandations sont formulées ci-après à l'intention du SPVS et de l'OFSP.

3.2.1 RECOMMANDATIONS À L'INTENTION DU SPVS

Recommandation 1 : poursuivre et diffuser Girasole

À l'échelle cantonale, nous recommandons au SPVS de poursuivre le projet Girasole de même que d'entretenir et de renforcer ce nouveau réseau de médecins intéressés et engagés dans la prévention et les soins. Les médecins impliqués doivent être encouragés à poursuivre l'application de Girasole dans leur cabinet. Il est possible de recruter de nouveaux médecins pour mettre en œuvre Girasole si les médecins impliqués font office de multiplicateurs et les attirent par le biais de leurs propres réseaux. À l'échelle nationale, nous recommandons au SPVS de diffuser les expériences du projet pilote dans ses différents réseaux au niveau des cantons et des médecins (de premier recours).

Recommandation 2 : optimiser le projet

S'agissant de la poursuite et de l'extension du projet Girasole, nous recommandons au SPVS (et aux autres acteurs intéressés) d'optimiser le projet au regard des points suivants :

- Le concept Girasole devrait être développé sur la base de l'état actuel du projet et des résultats de l'évaluation.
- Des aides à la mise en œuvre devraient être proposées aux médecins de premier recours et adaptées à leurs besoins hétérogènes. La typologie développée dans la présente évaluation pourrait servir de base. Les éléments suivants pourraient être abordés dans le cadre d'une formation continue ou d'un échange, voire par écrit :
 - possibilités d'intégrer Girasole dans le fonctionnement du cabinet (le cas échéant en y associant davantage les assistantes médicales) ;
 - possibilités de décompter les prestations en lien avec Girasole. Il s'agit à la fois de questions formelles (p. ex., quel point tarifaire peut être utilisé) et de questions de légitimité (p. ex., quand puis-je/dois-je facturer une prestation au patient) ;
 - possibilités d'améliorer le recrutement des patients ;
 - approfondissement et exercice de la méthode de l'entretien motivationnel ;
 - présentation des possibilités de tenir compte des instruments issus d'autres projets et programmes de prévention (p. ex., « Vivre sans tabac ») dans Girasole.
- L'offre permettant l'échange d'expériences entre médecins de premier recours devrait être étoffée, car elle a été très appréciée par les médecins et semblait essentielle à l'apprentissage et au développement des compétences pour l'entretien motivationnel. En outre, l'échange d'expériences garantit l'accès direct de la direction du projet aux médecins de famille, ce qui est primordial pour le développement du projet. La formation continue pourrait, par exemple, être organisée différemment afin de renforcer l'échange (p. ex., en deux parties par analogie au programme Coaching Santé).
- Il faudrait garantir que la liste des offres d'activité physique soit régulièrement mise à jour, car les informations sont rapidement obsolètes.

Recommandation 3 : poursuivre si possible l'évaluation concomitante

Nous recommandons au SPVS – malgré la charge qui en découle – de poursuivre l'évaluation concomitante pour créer les bases d'une amélioration constante du projet, notamment en ce qui concerne sa mise en œuvre dans les cabinets. Les méthodes suivantes pourraient être utilisées :

- Le SPVS ou la direction du projet Girasole devraient au moins documenter les activités et les enseignements découlant de l'échange avec les médecins de premier recours impliqués et les patients le cas échéant. Si ce procédé est le moins coûteux, il peut fournir de précieuses indications pour améliorer Girasole.
- Nous recommandons aussi au SPVS de réitérer les groupes de discussion avec les médecins de premier recours dans quelques mois afin d'obtenir des indications sur l'ancrage et l'application durable dans les cabinets. Il serait également souhaitable de réaliser une étude qualitative au niveau des patients pour mieux comprendre leur perspective et apprendre comment optimiser l'intervention.
- Le SPVS devrait en outre examiner si le relevé des coûts de l'intervention de Girasole initialement prévu peut être réalisé en collaboration avec l'OMCT. Une étude correspondante livrerait de précieuses indications sur la fourchette des coûts de cette intervention des médecins de famille.

3.2.2 RECOMMANDATIONS À L'INTENTION DE L'OFSP

Recommandation 4 : élaborer une vue d'ensemble des différents types d'intervention et recommandations de mise en œuvre

Nous recommandons à l'OFSP, de concert avec les principaux acteurs (responsables de projets, Promotion Santé Suisse, associations de médecins, autres organisations professionnelles), d'élaborer une vue d'ensemble des différents types d'intervention qui ont été appliqués et évalués jusqu'ici en Suisse et le cas échéant à l'étranger. Il faudrait formuler des recommandations sur la façon de bien utiliser et combiner ces différents types. Les acteurs devraient diffuser ces informations auprès de leurs groupes cibles potentiels dans le cadre du transfert de connaissances.

Même si les médecins de premier recours sont en principe qualifiés pour mettre en œuvre des mesures de prévention, ils ne sont pas tous également prêts à assumer ce nouveau rôle. De plus, ils sont sous pression dans leur travail quotidien, ne sont pas spécifiquement formés pour cette tâche, et les coûts de leurs prestations sont relativement élevés. Partant, il faudrait en particulier tenir compte des interventions d'autres prestataires de soins (p. ex., physiothérapeutes, experts en activité physique adaptée, assistantes médicales) dans le cadre d'une collaboration interprofessionnelle.

Recommandation 5 : créer une base de données en vue de faire la preuve de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité

Jusqu'ici, les évaluations de projets n'ont pu livrer, en vertu de leur base de données, que des informations limitées pour évaluer l'efficacité, l'adéquation et l'économicité des interventions de prévention et de promotion de la santé en cabinet. Le cas échéant, le projet de recherche COSMOS de l'Institut de médecine de premier recours de l'Université de Zurich, financé par le Fonds de prévention du tabagisme, pourrait fournir des indications en l'espèce. L'OFSP devrait donc poursuivre ses recherches en ce sens avec les acteurs pertinents afin de permettre des conclusions sur ces points et d'ancrer durablement de telles interventions dans le catalogue de prestations des soins de base. Pour y parvenir, il est nécessaire de tenir compte des aspects suivants :

- L'approche d'intervention à examiner doit être mise en œuvre dans un projet de plus grande envergure. Il faut donc pouvoir recruter suffisamment de patients. Seule une taille d'échantillon suffisante permet d'escompter des résultats fiables sur les effets. De plus, une telle évaluation doit se dérouler dans le cadre d'une étude contrôlée pour présenter indubitablement la causalité entre l'intervention et l'effet. Dans le but d'avancer des assertions sur le rapport coûts-utilité de l'intervention, il serait par ailleurs nécessaire de relever les coûts des prestations de prévention fournies.
- L'approche d'intervention à examiner devrait être standardisée le mieux possible. Pour parvenir à une telle standardisation, il est recommandé de rechercher une coopération avec des réseaux de médecins, des cercles de qualité régionaux (interprofessionnels) et des grands prestataires de centres de santé ou des caisses-maladie. Un défi majeur sera de préserver, malgré la standardisation, une marge de manœuvre suffisante pour les prestataires (médecins de premier recours et autres groupes professionnels) dans la formation continue et l'application de l'intervention. C'est la seule manière de tenir compte de manière appropriée de leurs besoins hétérogènes. Enfin, il est essentiel de développer le plan d'intervention et le design de l'évaluation en parallèle afin de créer des conditions optimales pour la génération de données.
- Le projet et l'évaluation nécessitent la mise à disposition de ressources suffisantes. Les prestataires devraient en tout cas être étroitement suivis et indemnisés correctement pour garantir un recrutement représentatif des patients, une qualité élevée des données collectées et, ainsi, une base de données significative.

Recommandation 6 : améliorer les conditions-cadres de la prévention dans les soins

Nous recommandons à l'OFSP de s'engager en faveur de meilleures conditions-cadres pour mettre en œuvre des mesures de prévention dans le domaine des soins :

- D'une part, il s'agit d'examiner l'impact des modifications intervenues en 2018 en matière de limitations des décomptes pour divers tarifs de TARMED et de restrictions dans la facturation des prestations en l'absence du patient⁵⁵ sur la fourniture des prestations de prévention et de promotion de la santé et les mesures nécessaires pour les financer.
- D'autre part, il convient d'évaluer si le thème de la prévention et de la promotion de la santé et le rôle des médecins de premier recours en la matière sont suffisamment ancrés dans la formation de base des médecins.

⁵⁵ Voir note 49.