

Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale

SUPSI

Évaluation externe du processus de mise en œuvre du projet-pilote Girasole

Rapport final à l'attention de l'Office fédéral de la santé publique

Maria Caiata-Zufferey

Carlo De Pietro

Lugano/Manno, le 31 octobre 2018

IMPRESSUM

Numéro de contrat :	16.022197 / 704.0001-790/2
Durée de l'évaluation :	Septembre 2016 – Janvier 2019
Période de récolte des données :	Septembre 2016 – Avril 2018
Direction du projet d'évaluation à l'OFSP :	Christine Heuer, Service Évaluation et recherche (E+F)
Meta-évaluation :	<p>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.</p> <p>Le projet de rapport a fait l'objet d'une méta-évaluation, effectuée par le service Évaluation et recherche de l'OFSP. 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.</p>
Commande :	Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne Service Évaluation et recherche (E+F) www.bag.admin.ch/rapports-evaluation
Traduction :	Les citations des participants ont été traduites de l'italien par Maria Caiata-Zufferey
Proposition de citation :	Caiata-Zufferey, Maria ; De Pietro, Carlo (2018): Évaluation externe du processus de mise en œuvre du projet-pilote Girasole. Rapport à l'attention de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), SUPSI, Manno.
Adresse de correspondance :	Maria Caiata-Zufferey et Carlo De Pietro SUPSI Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale Via Violino 11 CH-6928 Manno deass@supsi.ch http://www.supsi.ch/deass

Table des matières

Résumé	5
1. Contexte et mandat	9
1.1. <i>Le contexte de l'évaluation externe du projet-pilote Girasole</i>	9
1.2. <i>Les acteurs et les tâches dans le projet-pilote Girasole.....</i>	9
1.3. <i>Le concept du projet-pilote Girasole</i>	12
2. Dessin de l'évaluation externe	15
2.1. <i>Cadre théorique</i>	15
2.2. <i>Cadre méthodologique.....</i>	19
3. Résultats	25
3.1. <i>Innovation</i>	25
3.2. <i>Utilisateur.....</i>	30
3.3. <i>Système social.....</i>	33
3.4. <i>Processus d'adoption individuelle.....</i>	40
3.5. <i>Système de diffusion</i>	48
4. Les médecins participants au projet-pilote Girasole : proposition de taxonomie	53
4.1. <i>Les réfractaires</i>	54
4.2. <i>Les critiques</i>	55
4.3. <i>Les intéressés.....</i>	56
4.4. <i>Les convaincus</i>	57
4.5. <i>La taxonomie des médecins en bref.....</i>	58
5. Conclusions	60
Bibliographie.....	62
Annexes: Instruments de récolte des données.....	64

Abréviations

ASMPP	Académie Suisse de Médecine Psychosomatique et Psychosociale
ATIMEF	Associazione ticinese medici di famiglia
BIHAM	Berner Institut für Hausarztmedizin
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CEESAN	Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique
CMPR	Collège de médecine de premier recours
DSS	Dipartimento della sanità e della socialità (Canton Ticino)
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
MNT	Maladies non transmissibles
NPP	Division des programmes nationaux de prévention
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMCT	Ordine dei medici del cantone Ticino
PNAAP	Programme national alimentation et activité physique
PSCH	Promotion santé Suisse
SPVS	Servizio di promozione e di valutazione sanitaria (Canton Ticino)
SUPSI	Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
TARMED	Structure tarifaire ambulatoire uniforme pour toute la Suisse et reconnue par la LAMal
TiPsiso	Gruppo Ticinese di Interesse in medicina psicosomatica e psicosociale

Résumé

Objectif

Ce document contient les résultats de l'évaluation externe de la mise en œuvre et du fonctionnement du projet-pilote Girasole, conçu par le Servizio di promozione e di valutazione sanitaria (SPVS) de l'administration cantonale tessinoise en 2014 et entamé concrètement avec la formation des médecins participants en septembre 2016. La phase d'intervention s'est déroulée entre octobre 2016 et mars 2018. Le projet-pilote s'est conclu concrètement en mars 2018, avec la fin de la phase d'intervention.

Le projet-pilote Girasole visait à intégrer les concepts de promotion de la santé et de prévention des facteurs de risque liés au mode de vie dans le système de soins, notamment en combinant deux approches mis en œuvre auparavant en Suisse alémanique et en Suisse romande : les programmes Coaching Santé et Paprica. Concrètement, le projet-pilote Girasole a introduit l'entretien motivationnel dans la pratique de la médecine de premier recours, avec une attention particulière à la promotion de l'activité physique. Les patients cible étaient des adultes (40-75 ans) motivés à poursuivre – avec le soutien de leur médecin de famille – un projet personnel et autonome de changement comportemental en vue d'adopter des conduites favorables à la santé.

Le projet-pilote Girasole a bénéficié du soutien de l'OFSP dès sa conception en 2014. L'OFSP a également financé l'évaluation externe. L'évaluation externe de la mise en œuvre et du fonctionnement du projet-pilote a été confiée à la Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI) et a commencé en septembre 2016, en parallèle à l'évaluation de l'efficacité qui a eu lieu sous la responsabilité d'Interface.

Méthodes

Le cadre conceptuel utilisé pour l'analyse de la mise en œuvre et du fonctionnement du projet-pilote Girasole est fondé sur la théorie de la diffusion de l'innovation de James W. Dearing, à laquelle se sont ajoutés les apports de la théorie d'action développée pour le projet-pilote par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP), ainsi que les questions d'évaluation suggérées par l'OFSP et le canton du Tessin.

Les méthodes utilisées ont inclus l'analyse de documents pertinents (documents produits dans le cadre du projet-pilote Girasole, documents institutionnels cantonaux et fédéraux, articles scientifiques); l'observation participante des séances de formation et d'accompagnement organisées par le SPVS pour les 19 médecins participants au projet-pilote ; les entretiens individuels et de groupe avec les mêmes médecins au début et à la fin de l'intervention sur les patients ; les entretiens avec les autres acteurs impliqués de différentes manières dans le projet-pilote, notamment le SPVS, l'Ordine dei medici del Canton Ticino (OMCT), et l'Associazione ticinese medici di famiglia (ATIMEF).

Résultats

Les résultats peuvent être résumés à partir des cinq dimensions proposées par la théorie de la diffusion de l'innovation de Dearing.

Innovation : La majorité des médecins participants a jugé positivement le projet-pilote Girasole tant du point de vue du processus d'utilisation que du point de vue de ses effets. En termes d'utilisation, l'approche d'intervention promue par le projet-pilote Girasole a été considérée accessible (les médecins participants ont réussi à appliquer l'intervention et à utiliser ses outils avec leurs patients), structurante (grâce à la

formation et aux outils fournis ils ont pu encadrer et améliorer leurs efforts de promotion de la santé) et flexible (le protocole 'souple' proposé leur a permis d'utiliser l'approche et les outils de façon adaptée à leurs nécessités et aux nécessités des patients). En termes d'effets, l'adoption de l'approche Girasole a permis de légitimer des pratiques de promotion de la santé déjà en cours, elle a eu un effet parfois gratifiant (la consultation devenait plus agréable et intéressante) et génératif (dans toute situation il y avait des possibilités d'action et de relation avec le patient). A côté de ces éléments positifs, l'approche Girasole a été jugée parfois contraignante et artificielle (il est arrivé que le protocole et les outils soient perçus comme des 'intrus' dans la relation – intime et personnalisée – entre le médecin et le patient) et risquée (elle introduisait dans la consultation une dimension d'incertitude, par ex. par rapport à la durée de la rencontre). Une minorité de médecins participants a par contre considéré l'approche promue par le projet-pilote Girasole totalement utopique et incompatible avec leur identité professionnelle. Pour conclure, tous les médecins participants ont considéré que l'apparat d'évaluation externe du projet-pilote était un obstacle majeur à son implémentation.

Utilisateur : Les médecins participants considèrent la promotion de la santé comme un élément central de leur rôle, mais ils ont des opinions hétérogènes sur la signification de cette activité dans le cabinet. Si certains font référence aux comportements sains et sont disponibles à se focaliser sur le mode de vie de leurs patients, d'autres mettent l'accent sur les maladies et se concentrent sur la prévention secondaire. A côté de cette hétérogénéité de points de vue, il y a aussi des représentations différentes des facteurs de risque : un premier groupe de médecins est déterminé à combattre pour changer les styles de vie négatifs ; un deuxième groupe – le plus nombreux – est enclin à interpréter et parfois à justifier les comportements de santé non favorables ; un dernier groupe de médecins est porté à accepter les facteurs de risque, ceux-ci étant selon eux le résultat de conditions sociales sur lesquelles patients et médecins ont peu d'emprise. Ces représentations influencent la disponibilité des médecins participants au projet-pilote Girasole.

Système social : Le projet-pilote Girasole a vu le jour grâce à la conjonction de trois facteurs en simultanée, à savoir les données statistiques (qui ont montré la nécessité d'une intervention de promotion de la santé au Tessin), les stratégies nationales et cantonales sur la prévention et la promotion de la santé (qui ont fourni un cadre de référence et ont renforcé la légitimité du projet-pilote), et une administration cantonale dotée d'une longue expérience dans la conduite de projets pour la promotion de la santé et motivée à expérimenter des nouvelles approches sur le sujet. Parmi les facteurs qui ont favorisé la mise en œuvre du projet-pilote Girasole, il y a le rôle central du médecin de famille au Tessin (il jouit d'une grande légitimité et la population y fait souvent recours). L'organisation des cabinets au Tessin pourrait aussi avoir influencé l'implémentation du projet-pilote. Le fait que la grande partie des cabinets au Tessin sont de type 'solo' pourrait avoir favorisé la continuité du rapport médecin-patient et donc avoir créé les conditions pour que l'approche Girasole soit adoptée dans les consultations. Il est aussi vrai, néanmoins, que dans les cabinets 'solo', souvent bondés, le médecin pourrait avoir moins de flexibilité pour ajuster les agendas et prévoir du temps pour les entretiens motivationnels (qui, en raison de leur caractère ouvert, risquent d'être chronophages). Le manque de temps est apparu en effet comme un obstacle majeur à l'implémentation de l'approche Girasole. A celui-ci doit être ajoutée l'incertitude des médecins sur les positions TARMED à utiliser et la reconnaissance modeste en termes financiers des activités de promotion de la santé.

Processus d'adoption individuelle : L'implémentation de l'approche promue par le projet-pilote Girasole de la part des médecins participants a été définie par son caractère individuel et diversifié. Les médecins ont travaillé en solitaire, autant à l'intérieur du cabinet médical (il n'y a eu quasiment pas d'implication significative des assistantes médicales) qu'à l'extérieur (aucun réseau de santé n'a été constitué avec d'autres acteurs présents sur le territoire). Quant à la diversification des manières dont le projet-pilote a été appliqué, le protocole souple de l'approche Girasole a permis aux médecins participants d'adapter le projet-pilote à leurs styles et habitudes professionnels, en développant ainsi des pratiques variées en

termes de sélection des patients, recrutement, organisation du follow-up et coaching déployé. Plusieurs médecins ont sélectionné les patients qu'ils jugeaient suffisamment motivés pour commencer un projet de changement de style de vie et pour lesquels ce changement était considéré urgent ou pertinent. Pour proposer l'approche Girasole aux patients, les médecins en général préféraient les consultations de check up et quand la salle d'attente n'était pas bondée. Certains médecins préparaient le recrutement des patients auxquels proposer l'approche Girasole et planifiaient les consultations à l'avance, d'autres décidaient sur le moment, d'autres encore présentaient brièvement le projet aux patients lors d'une consultation 'traditionnelle' et fixaient un nouveau rendez-vous pour l'entretien motivationnel. Pour le follow-up, certains médecins prévoyaient des consultations ad hoc, d'autres intégraient le follow-up à l'intérieur des consultations traditionnelles, d'autres encore laissaient l'initiative aux patients. En général, on peut reconnaître trois modalités de coaching : un coaching expert, où le médecin maîtrisait le temps de la consultation et utilisait sciemment les outils Girasole ; un coaching amateur, où le médecin proposait le projet à des patients très sélectionnés afin de limiter le risque de perdre le contrôle de la consultation, faute d'expérience et formation ; enfin un coaching personnalisé, où Girasole était conçu comme une approche de laquelle s'inspirer, mais qu'on n'était pas disposé d'adopter entièrement.

Système de diffusion : Le projet-pilote a été conçu en 2014. Après l'élaboration d'une théorie d'action et de ses indicateurs, quatre médecins de famille ont été formés pour qu'ils deviennent eux-mêmes formateurs de leurs pairs. L'un d'entre eux a abandonné le projet-pilote après avoir suivi ce cours initial. Seize médecins ont ensuite été recrutés sur la base de contacts personnels avec le SPVS et de leur intérêt pour la promotion de la santé. En septembre 2016 les 19 médecins ont participé à la formation du projet-pilote Girasole, suite à laquelle deux autres médecins se sont retirés. La phase d'intervention sur les patients s'est déroulée durant dix-huit mois (octobre 2016 – mars 2018). En cette période le SPVS a soutenu les médecins en organisant des séances d'accompagnement. A part les difficultés initiales dues au développement du concept Girasole, la mise en œuvre s'est déroulée sans problèmes particuliers. Un bémol doit être apporté en ce qui concerne l'implication des médecins participants : celle-ci s'est révélée parfois limitée, faute d'une surcharge chronique de travail fortement dénoncée par les médecins eux-mêmes.

Une taxonomie des médecins participants

Les résultats de l'évaluation externe de la mise en œuvre et surtout des entretiens individuels et de groupe avec les médecins participants permettent d'identifier quatre idéaux-types de médecins à partir de leur degré d'adhésion au projet-pilote : les convaincus ; les intéressés ; les critiques ; les réfractaires.

	Convaincus	Intéressés	Critiques	Réfractaires
	<i>« Il suffit peu pour impressionner, c'est une question d'attitude »</i>	<i>« Beau et impossible »</i>	<i>« Après tout le patient, c'est moi qu'il suit, pas un programme »</i>	<i>« On s'occupe de pathologie, non pas de 'salutologie' »</i>
Adhésion aux fondements constitutifs de l'approche Girasole				
Promotion de la santé	Oui	Oui	Oui	Oui
Intervention dans le style de vie du patient	Oui	Oui	Oui	Non
Approche motivationnelle	Oui	Oui	Non	Non
Techniques motivationnelles et outils	Oui	Non	Non	Non
Perception de l'approche Girasole	Maniable Efficace	Risquée	Contraignante	Incompatible Utopique
Coaching	Expert	Amateur	Personnalisé	-

Cette taxonomie peut servir en vue d'une diffusion future de l'approche Girasole au-delà de la phase pilote : elle fournit le cadre pour une éventuelle étude statistique des profils des médecins généralistes en lien avec la promotion de la santé et l'approche motivationnelle au cabinet médical, ainsi que pour le développement de formations appropriées aux différents groupes.

Conclusions

L'évaluation externe du projet-pilote a montré clairement l'intérêt envers la promotion de la santé de la grande partie des médecins participants, à la recherche de nouvelles approches pour mieux gérer le vieillissement et les maladies chroniques des patients à travers le changement des styles de vie et la réduction des facteurs de risque. Le projet-pilote Girasole a été globalement apprécié par les médecins participants et l'introduction de l'entretien motivationnel dans le cabinet du médecin de famille s'est montrée faisable. Les outils à disposition (les feuilles de travail pour le médecin et le patient ; l'affiche et la brochure de description du projet-pilote ; les répertoires des activités physiques et des parcours piétons et cyclables pour la population adulte dans le Canton) ont été considérés précieux, en particulier le répertoire des activités physiques au Tessin. Ainsi, une petite 'communauté de pratique' s'est constituée autour du projet-pilote, grâce aussi à l'accompagnement pertinent, ponctuel et convaincu du SPVS.

Parmi les criticités de la mise en œuvre du projet-pilote Girasole, on a constaté que la formation initiale, efficace pour introduire les médecins participants à l'approche motivationnelle et susciter leur intérêt, s'est démontrée par la suite insuffisante pour un bon nombre d'entre eux. Tout au long du projet-pilote il est apparu évident que les médecins étaient différents en termes de représentations autour de la promotion de la santé et d'expérience dans le domaine. Or, la formation reçue n'adressait pas les besoins des différents types de participants. De la résistance culturelle a aussi été observée chez quelques médecins, certains ayant de la peine à reconnaître la pleine légitimité de l'approche motivationnelle au cabinet médical, d'autres affirmant la totale incompatibilité de cette activité avec l'identité professionnelle. Des difficultés structurelles ont à leur tour entravé la mise en œuvre de l'approche Girasole par les médecins participants, notamment l'incertitude quant aux positions TARMED à utiliser et la faible valorisation financière de l'activité de coaching, la surcharge des cabinets, ainsi que le poids de l'apparat d'évaluation externe. Il faut aussi remarquer que le concept Girasole a connu une implémentation fondamentalement individuelle, puisque les médecins ont eu tendance à n'impliquer personne ni à l'intérieur du cabinet (notamment, les assistantes médicales), ni à l'extérieur (par exemple, les services spécialisés).

En conclusion, l'approche promue par le projet-pilote Girasole est un mode d'action qui se situe à l'interface entre les soins médicaux, les acteurs de la santé publique et ceux de la collectivité. Son potentiel est haut et mérite d'être exploité, en prenant en compte les criticités mises en évidence dans l'évaluation externe.¹

¹ Dans ce document nous avons utilisé à plusieurs reprises des expressions en lien avec le terme « Girasole ». Nous précisons que : l'expression « concept Girasole » fait référence aux fondements théoriques du projet-pilote ; l'expression « approche Girasole » renvoie à l'ensemble des actions et des attitudes que les médecins sont censés adopter pour promouvoir la responsabilisation des patients par rapport à leur propre santé sur la base de l'entretien motivationnel et du travail de coaching promu dans le projet-pilote Girasole (approche Girasole a été utilisé comme synonyme de approche d'intervention ou approche motivationnelle) ; l'expression « projet-pilote Girasole » se réfère à la traduction en pratique du concept Girasole et à sa mise en œuvre dans le canton du Tessin. D'autres expressions comme « outils Girasole », « formation Girasole » ou « consultation Girasole » nous ont semblées suffisamment claires pour ne pas devoir être expliquées.

1. Contexte et mandat

1.1. Le contexte de l'évaluation externe du projet-pilote Girasole

Entre 2014 et 2018, le Servizio di promozione e di valutazione sanitaria (SPVS) du Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) a développé et implémenté le projet-pilote Girasole dans le canton du Tessin. Le projet-pilote a combiné les approches de deux programmes de promotion de la santé et de prévention dans la pratique du médecin généraliste qui avaient été conçus et mis en œuvre auparavant en Suisse alémanique et en Suisse romande : le programme Coaching Santé,² du Collège de médecine de premier recours (CMPR), et le programme de formation Paprica,³ développé par la Policlinique médicale universitaire de Lausanne. Ces deux programmes visent à former les médecins généralistes afin qu'ils puissent mieux conseiller et accompagner leurs patients dans les changements de comportement en lien avec la santé. L'objectif du projet-pilote Girasole était de vérifier si la combinaison de ces deux approches pouvait fonctionner dans le canton du Tessin et si leur mise en œuvre était faisable.⁴

Dans le cadre du Programme National d'Alimentation et d'Activité Physique (PNAP) 2008-2012, le projet-pilote Girasole a été intégré dans la Stratégie nationale de prévention des Maladies non transmissibles (Stratégie MNT) 2017-2024 en 2017. Il a bénéficié du soutien conceptuel et financier de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dès sa conception en 2014.

L'OFSP a chargé Interface Politikstudien Forschung Beratung à Lucerne de l'évaluation externe de l'efficacité, et la Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI) à Lugano de l'évaluation externe de la mise en œuvre et du fonctionnement du projet-pilote.

1.2. Les acteurs et les tâches dans le projet-pilote Girasole

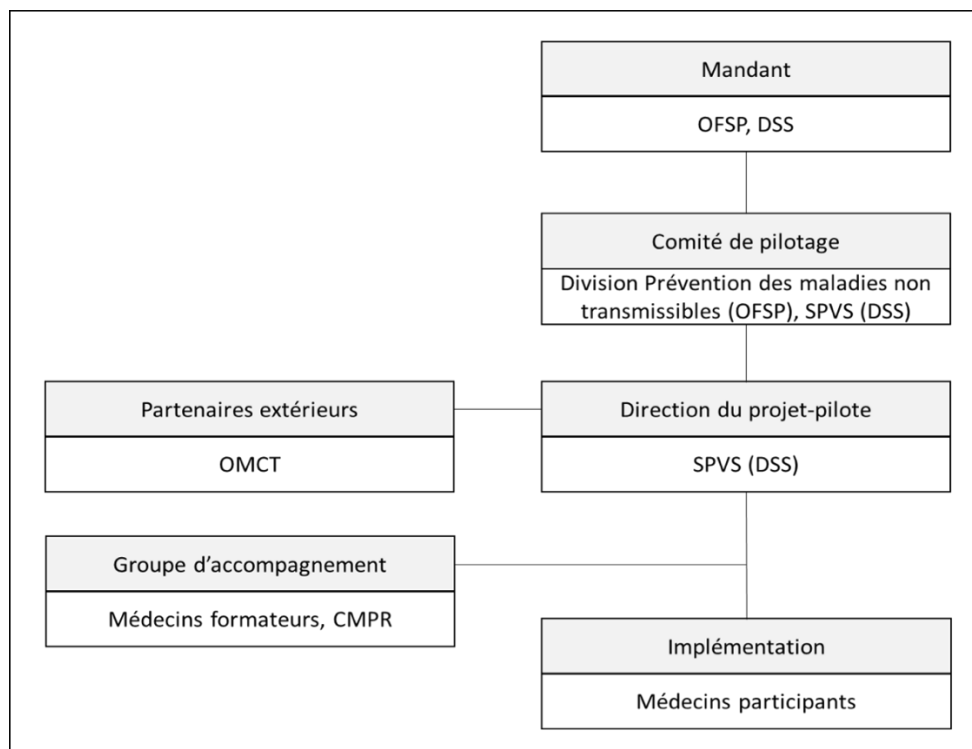
L'organigramme suivant montre les acteurs centraux du projet-pilote et leurs rôles. Les paragraphes successifs évoquent les tâches, responsabilités et compétences principales de ces acteurs dans le projet-pilote, dans la mesure où celles-ci ont été définies.

² Grüniger, U. et al. (2012). *Gesundheitscoaching. Schlussbericht Projekt Gesundheitscoaching KHM. Gesundheitscoaching: Förderung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen in der Arztpraxis*. Bern.

³ Koutaissoff, D. et al. (2012). *Evaluation de la formation PAPRICA (Physical Activity promotion in Primary Care)*. Lausanne : IUMSP.

⁴ Office Fédéral de la Santé Publique (2016). *Entscheid-Protokoll – Evaluation des Pilotprojekts Girasole im Tessin*. Konzeptentwurf vom 10. Juni 2016. Berne: OFSP.

Figure 1. Organigramme des acteurs et leurs rôles dans le projet-pilote Girasole



Source : Organigramme selon le Servizio di Promozione e valutazione sanitaria (SPVS) et l’Office fédéral de la santé publique (OFSP), 22.10.2018.

1.2.1. Mandant

Le projet-pilote a été mandaté par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), représenté par la Division Prévention des maladies non transmissibles. La Division a cofinancé le projet avec le SPVS, a présidé le comité de pilotage et était chargée de la coordination et des contacts entre les acteurs concernés aux niveaux cantonal et national. L'OFSP, à travers son Unité d'évaluation et de recherche, a aussi fourni les ressources humaines et financières pour la gestion et la mise en œuvre de l'évaluation externe.

1.2.2. Comité de pilotage

Le comité de pilotage était composé de la Division Prévention des maladies non transmissibles de l'OFSP et du Servizio di promozione e di valutazione sanitaria (SPVS) du Dipartimento sanità e socialità (DSS) du canton du Tessin. Le comité de pilotage s’est réuni une première fois en mars 2014 pour déterminer le nom du projet-pilote et en définir le contenu.⁵ Dans cette réunion l’OFSP a accepté de cofinancer le projet.⁶ Le comité de pilotage était surtout en charge des travaux conceptuels du projet-pilote.⁷ Cela comprenait le développement d'une théorie d'action.

La théorie d'action pour le projet-pilote a été développée sur mandat de l'OFSP par le Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique (CEESAN) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de

⁵ Office fédéral de la santé publique (2015). *Règles de communication projet-pilote Girasole*. Berne : OFSP.

⁶ Office fédéral de la santé publique (2014). *Procès-verbal: 1ère Rencontre GL (Gruppo di lavoro) Girasole*. Berne : OFSP.

⁷ Une première ébauche du concept avait été réalisée par le SPVS. A ce sujet voir : Frei, K. (2014). *Projet Girasole. Projet visant à intégrer des concepts de promotion de l'activité physique et de prévention des facteurs de risque liés à la sédentarité dans le système de soins, en particulier dans la pratique de la médecine de premier recours*. Bellinzona : SPVS.

Lausanne (IUMSP) avec la participation du groupe de pilotage. L'objectif de cette théorie d'action était de définir la logique d'impact du projet-pilote, de créer une base commune pour la communication et la planification, et de définir des questions et des indicateurs spécifiques pour une évaluation ultérieure du projet-pilote.⁸ L'élaboration d'un concept d'Activité Physique Adapté (concept "APA") par l'OFSP et le SPVS était aussi du ressort du comité de pilotage. Ce concept n'ayant pas fait partie de l'évaluation externe mandatée à Interface et à SUPSI, il n'est pas décrit en détail ici.

1.2.3. Direction du projet-pilote, groupe d'accompagnement et partenaires externes

Le SPVS, qui a lancé le projet-pilote en 2014 et l'a financé conjointement avec l'OFSP, était responsable de la gestion du projet-pilote et devait en assurer la mise en œuvre. De son ressort était premièrement la préparation du matériel et des instruments nécessaires pour le projet-pilote, ainsi que l'organisation et la mise en œuvre de la formation des médecins généralistes en septembre 2016. A ce propos le SPVS a pu bénéficier des compétences du groupe d'accompagnement, composé du CMPR et des médecins formateurs (i.e. les médecins qui ont donné la formation Girasole à leurs confrères ; initialement les médecins formateurs étaient quatre⁹, mais dès fin 2015 l'un d'entre eux a abandonné le projet-pilote pour des raisons personnelles).¹⁰ Deuxièmement, le SPVS devait coordonner les acteurs impliqués au niveau cantonal. Il s'agissait notamment d'accompagner les médecins généralistes lors de la mise en œuvre de l'intervention dans la pratique (voir chapitre 1.3.3) et de s'occuper de la facturation des prestations. Cette dernière a pu être réglée grâce à la collaboration avec un partenaire externe, à savoir l'Ordine dei medici del Canton Ticino (OMCT).¹¹ Enfin, le SPVS a participé à l'organisation des deux évaluations partielles INTERFACE/SUPSI. Comme celles-ci ont accompagné l'implémentation du projet-pilote tout au long de son déroulement, elles ont aussi quelque part participé à en clarifier le concept. Pour conclure, à l'origine le SPVS aurait dû également financer une analyse coûts-bénéfices, mais ce mandat n'a pu être exécuté en raison de l'insuffisance des données. La mise en œuvre du projet-pilote s'est achevée pour le SPVS en décembre 2017 avec l'événement de clôture officielle auquel ont participé l'OFSP, le SPVS, les médecins généralistes concernés et les deux équipes d'évaluation. Toutefois, la mise en œuvre dans les cabinets des médecins de famille s'est poursuivie jusqu'en mars 2018.

1.2.4. Implémentation

Seize médecins ont été recrutés par le SPVS pour participer au projet-pilote Girasole. Ceux-ci ont bénéficié de la formation Girasole élargie par leurs trois confrères formateurs en septembre 2016. Les trois médecins formateurs et les seize médecins qui ont été formés par ceux-ci ont tous été appelés à implémenter l'approche d'intervention dans leur pratique professionnelle. De ce point de vue, tous avaient le statut de médecins participants. Ces 19 médecins de famille ont été au cœur du projet-pilote Girasole.

⁸ Simonson, T. & Bize, R. (2015a). *Elaboration d'une théorie d'action et proposition d'indicateurs en vue de l'évaluation du projet Girasole*. Lausanne : IUMSP ; Simonson, T. & Bize, R. (2015b). *Actualisation de la théorie d'action du projet Girasole et proposition d'indicateurs en vue de l'évaluation*. Lausanne : IUMSP.

⁹ Ces médecins généralistes, choisis principalement par le SPVS, ont suivi une formation en 2015 pour devenir eux-mêmes formateurs dans le cadre du projet-pilote Girasole.

¹⁰ Le CMPR a été mandaté par l'OFSP (source: Bundesamt für Gesundheit BAG (2014). Décision N°14.017101. Compte/crédit 3119502050/N° de tâches 60105/Ernährung und Bewegung du 11.11.2014. Bern: BAG.

¹¹ Les médecins de famille pouvaient facturer les prestations via le code TARMED 00.0510 s'ils le voulaient (Source: Bundesamt für Gesundheit BAG (2018): *Ergebnisse der Meta-Evaluation des Entwurfs des Teilberichtes 1*. Bern: BAG.) Un autre acteur cantonal avec qui le SPVS est entré en contact par rapport au projet-pilote Girasole était l'Associazione ticinese medici di famiglia (ATIMEF). Celle-ci était censée informer les médecins de famille tessinois du projet-pilote.

1.3. Le concept du projet-pilote Girasole

1.3.1. Les objectifs et les groupes cibles du projet-pilote Girasole

L'objectif du projet-pilote était l'introduction expérimentale d'une approche d'intervention dans le canton du Tessin qui puisse intégrer les approches méthodologiques et le contenu des programmes Coaching Santé et Paprica. En introduisant cette approche d'intervention, adaptée pour le canton du Tessin, on souhaitait contribuer à long terme à la réduction des facteurs de risque des maladies non transmissibles. Un accent particulier a été mis sur la promotion de l'activité physique. Les médecins de famille tessinois étaient censés conseiller leurs patients (groupe cible indirect du projet-pilote Girasole) sur les comportements en matière de santé et les motiver à développer avec eux leur propre projet de santé. Les patients devaient réaliser ce projet seuls ou avec le soutien de tiers. On s'attendait à qu'un patient recruté sur six atteigne une amélioration de sa santé grâce à l'utilisation de la nouvelle approche d'intervention par le médecin de famille.¹² Enfin, le projet-pilote aurait dû également contribuer à la mise en réseau des acteurs des soins et des acteurs communautaires.

1.3.2. L'approche d'intervention

En termes de méthodologie et de contenu, le projet-pilote Girasole a combiné les programmes Coaching Santé et Paprica et a essentiellement utilisé le matériel de ces deux programmes.

Paprica est un programme de formation qui vise à permettre aux médecins de famille d'intégrer le conseil aux patients sur l'activité physique dans leur pratique quotidienne.¹³ De ce programme le projet-pilote a intégré principalement le concept de formation et les contenus sur l'activité physique.¹⁴ D'autre part, le programme Coaching Santé – un programme pour la promotion de la santé et de prévention dans le cabinet du médecin de famille – a fourni les approches méthodologiques pertinentes et le matériel associé.¹⁵ Premièrement, cela inclut la méthodologie de l'entretien motivationnel. Les médecins de famille du projet-pilote Girasole ont été formés à cette technique de conversation et l'ont ensuite utilisée avec les patients. Deuxièmement, l'approche d'intervention de Girasole était également basée sur la méthodologie de coaching du programme Coaching Santé. Cette deuxième approche est fondée sur le concept de la prise de décision partagée entre le médecin et le patient (Shared Decision Making). Selon ce concept, le médecin et le patient partagent l'information, l'expertise et le pouvoir de décision en matière de diagnostic ou de thérapie. Cela implique un changement de rôle des deux côtés. Comme ces approches méthodologiques ne se limitent pas à un domaine de santé spécifique, elles peuvent également s'appliquer à des projets de santé en dehors de l'activité physique (par exemple, le stress, la consommation de tabac, etc.). En ce sens, l'intégration du programme de coaching en santé peut être comprise comme un catalyseur pour Paprica.¹⁶

¹² Présentation par le SPVS "Progetto Girasole. Empowerment e coaching nello studio medico. Formazione Coaching salute e Paprica. Centro sportivo nazionale di Tenero 16–17 settembre 2016".

¹³ Koutaissoff et al. (2012), *op. cit.*

¹⁴ Au début, il était aussi prévu de traduire et d'adapter le matériel du programme Paprica, mais cela n'a pas eu lieu.

¹⁵ Grüniger, U. et al. (2012), *op. cit.*

¹⁶ Frei, K. (2014), *op. cit.*

1.3.3. Les champs d'action

En principe, le concept du projet-pilote peut être décrit selon trois champs d'action : la formation des médecins de famille, la mise en œuvre de l'intervention dans les cabinets des médecins, et le soutien aux médecins participants.¹⁷

Formation des médecins de famille

En collaboration avec le CMPR et avec la participation de quatre médecins de famille tessinois, le SPVS a conçu un cours de formation pour enseigner l'approche d'intervention. Les quatre médecins de famille ont ensuite été formés, avec le soutien du CMPR, pour instruire les médecins participants en septembre 2016 au Centro sportivo nazionale di Tenero. Lors du recrutement des médecins de famille participants, le SPVS a pris soin de s'assurer que ceux-ci avaient déjà de l'expérience en matière d'entretien motivationnel. L'objectif de la formation était d'élargir les connaissances théoriques et méthodologiques des médecins de famille en lien avec l'approche d'intervention, et de les familiariser avec leur nouveau rôle de « coach ». Lors de la formation en septembre 2016, les médecins participants ont également été informés de leurs tâches dans l'évaluation du projet-pilote Girasole. Au cours du projet-pilote, ensuite, le SPVS a décidé d'organiser une deuxième formation en collaboration avec un expert. Celle-ci s'est déroulée pendant la phase d'intervention (voir ci-dessous) et a porté sur la gestion du stress du médecin dans sa pratique professionnelle quotidienne. Cette formation ne faisait pas partie de l'évaluation externe.

Mise en œuvre de l'intervention dans le cabinet médicale (phase d'intervention)

La phase d'intervention véritable a commencé en octobre 2016 (tout de suite après la formation Girasole) avec le recrutement des patients éligibles de la part des médecins de famille. La fin de la phase d'intervention, initialement prévue septembre 2017, a été prolongée jusqu'en mars 2018, le nombre des patients recrutés étant inférieur aux prévisions. Les patients éligibles avaient entre 40 et 75 ans, ils se rendaient régulièrement chez un médecin de famille et étaient considérés par leur médecin de famille comme suffisamment motivés à modifier leur comportement. Une fois le patient recruté, l'intervention a commencé avec l'activité de coaching de la part du médecin de famille.¹⁸ Le coaching s'est déroulé en quatre étapes au long de plusieurs consultations.¹⁹ Tout d'abord, le patient était sensibilisé à un changement de comportement. Ensuite, le patient et le médecin choisissaient un ou plusieurs domaines pour un changement de comportement et discutaient de la motivation du patient. Il s'en suivait une planification conjointe du projet de santé à l'aide d'objectifs et de mesures concrets. Le parcours vers la réalisation des objectifs du projet de santé était régulièrement examiné par le médecin et le patient, et les ententes conjointes étaient consignées par écrit sur trois feuilles de travail.²⁰ L'intervention visait à améliorer les compétences des patients en matière de santé, à atteindre l'objectif comportemental prévu et donc à améliorer la santé du patient. En appliquant l'approche d'intervention dans la pratique, les

¹⁷ Dans le concept il y avait aussi le champ "mise en réseau". Ce champ d'action concernait les activités qui auraient dû contribuer à promouvoir la mise en réseau des différents acteurs du projet-pilote (en particulier les médecins participants) avec les acteurs du système de santé et de la communauté au Tessin. L'élément central était ici le concept de "Activité Physique Adapté" (APA). Ce champ d'action n'a toutefois pas été développé, et donc il n'est pas pris en compte dans l'évaluation externe.

¹⁸ Comme dans la théorie d'action de Simonson et Bize (2015b) pour le projet-pilote, le terme " coaching " est utilisé comme synonyme du terme " intervention " et désigne le conseil que le médecin de famille donne au patient selon l'approche de l'entretien motivationnel et de la prise de décision partagée.

¹⁹ Le nombre des consultations dépendait des besoins des patients.

²⁰ Ces feuilles de travail appartenaient à l'origine au programme Coaching Santé. Elles ont été traduites en italien et adaptées pour le contexte tessinois par le SPVS.

médecins de famille étaient censés renforcer leurs compétences professionnelles et méthodologiques et intégrer le nouveau rôle de coach dans leur travail de conseil. Tous les médecins impliqués dans le projet-pilote Girasole (16 médecins participants + 3 médecins formateurs) ont implémenté l'approche d'intervention dans leur cabinet.

Soutien aux médecins

Le troisième champ d'action comprenait le soutien aux médecins par le SPVS. Ce dernier a tout d'abord offert une liste d'offres d'activités physiques dans le canton du Tessin.²¹ Deuxièmement, le SPVS a organisé trois réunions avec les médecins participants pour promouvoir l'échange d'expériences. Enfin, une affiche et un dépliant ont été mis à disposition des médecins de famille pour attirer l'attention des patients sur l'offre de coaching dans le cabinet.²² Les médecins généralistes participants ont été rémunérés par le SPVS avec une contribution de CHF 500. Les médecins formateurs ont reçu une indemnité de CHF 6'000.

1.3.4. Les objectifs et les méthodes de l'évaluation externe

L'évaluation externe mandatée à Interface et à SUPSI s'est concentrée sur la phase de mise en œuvre du projet-pilote. L'accent a été mis sur l'évaluation de la formation continue, de la mise en œuvre de l'intervention dans la pratique du médecin généraliste et du soutien aux médecins généralistes. Le terme « projet-pilote Girasole » évoqué dans les pages suivantes fera référence à ces trois champs d'action. Les travaux conceptuels préparatoires du groupe de pilotage et le domaine de la mise en réseau ne font pas partie de l'évaluation externe et donc ne seront pas objet de réflexion dans les pages suivantes.

La question principale de l'évaluation externe était de savoir si l'approche d'intervention, telle qu'elle a été développée, a fonctionné dans le canton du Tessin et a montré une certaine faisabilité.²³ Dans le cadre de ce rapport partiel, consacré à l'évaluation externe qualitative, il s'agit en particulier de comprendre le processus de mise en œuvre et le fonctionnement du projet-pilote, ceci dans le but d'identifier ses criticités et de dégager les facteurs qui au contraire ont contribué à sa réalisation. Si les trois champs d'action évoqués ci-dessus ont été pris en considération - notamment la formation, le soutien aux médecins généralistes et la mise en œuvre de l'intervention dans la pratique du médecin généraliste -, c'est principalement sur la dernière dimension que l'attention des chercheurs SUPSI a été retenue. En effet les données – récoltées de manière qualitative – ont convergé sur cette thématique, celle-ci étant probablement la question ressentie le plus fortement par les personnes interviewées.

Les pages suivantes rendent compte de l'évaluation externe qualitative menée par SUPSI. Le chapitre 2 porte sur le cadre théorique et méthodologique de cette évaluation. Le chapitre 3 présente les résultats. Le chapitre 4 propose une discussion des résultats et développe en particulier une réflexion sur le profil des médecins participants. Le chapitre 5 illustre les conclusions principales tirées à partir de l'évaluation qualitative.

²¹ Cette liste était d'abord distribuée aux médecins sur support papier, et après en forme électronique.

²² Ces documents peuvent être téléchargés à partir du site Web du SPVS : <<https://www4.ti.ch/dss/dsp/spvs/progetti/alimentazione-e-movimento/girasole/>> (8 juin 2018).

²³ Bundesamt für Gesundheit BAG (2016). *Entscheid-Protokoll – Evaluation des Pilotprojekts Girasole im Tessin. Konzeptentwurf vom 10. Juni 2016*. Bern: BAG.

2. Dessin de l'évaluation externe

2.1. Cadre théorique

Pour structurer les questions pour l'évaluation externe qualitative, nous nous sommes inspirés de la théorie de la diffusion de l'innovation de Dearing,²⁴ et en particulier de son analyse du processus à travers lequel l'innovation sociale est communiquée et diffusée dans l'espace social. Les réflexions issues de la théorie de la diffusion ont été enrichies par les apports de la théorie d'action développée pour le projet-pilote Girasole par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne,²⁵ ainsi que par les questions d'évaluation suggérées à SUPSI par l'OFSP dans son document du 6.7.2016.²⁶

Selon Dearing, la diffusion de l'innovation est à comprendre à la lumière des cinq composantes-clé du processus : l'innovation, l'utilisateur, le système social, le processus d'adoption individuelle et le système de diffusion.²⁷ C'est autour de ces dimensions que nous avons développé les questions d'évaluation.

Dans les cinq chapitres suivants nous proposons une relecture de la théorie de Dearing à la lumière du projet-pilote Girasole, dans le but de développer des questions d'évaluation par rapport aux dimensions mises en exergue par cet auteur. Dans le chapitre 2.1.6 nous reportons ces questions d'évaluation dans un tableau synthétique et nous développons des sous-questions d'évaluation par rapport à chaque dimension.

2.1.1. Innovation

L'innovation en tant que telle – et plus particulièrement la perception que les personnes ont de ses attributs – est un facteur déterminant pour la diffusion de celle-ci dans l'espace social. Les attributs mis en avant par Dearing²⁸ sont les *avantages* de l'innovation (efficacité, coûts, etc.), sa *complexité* (degré auquel une innovation est perçue comme étant difficile à comprendre et à utiliser), sa *compatibilité* avec les pratiques habituelles et les valeurs qui les sous-tendent, son *observabilité* (degré de clarté des bénéfices de l'innovation), sa *testabilité* (possibilité de tester l'innovation et de la modifier en fonction de ses préférences). Dans le cadre du concept Girasole, il faut considérer que ce dernier est le résultat de l'intégration de deux programmes d'intervention (Coaching Santé et Paprica). Parmi les attributs du projet-pilote il faut donc aussi prendre en compte la perception de la *cohérence* interne au projet, c'est-à-dire de sa capacité à incorporer les deux programmes dans un ensemble harmonieux.

Ces réflexions ont suggéré d'interroger la dimension de l'innovation en examinant la perception du projet-pilote Girasole auprès des principaux acteurs impliqués dans sa mise en œuvre : l'OFSP, le SPVS, l'OMCT et les médecins participants. La question d'évaluation principale concernant l'innovation a donc été formulée

²⁴ Dearing, J.W. (2009). Applying Diffusion of Innovation Theory to Intervention Development. *Research on social work practice*, 19(5), 503-518. L'article de Dearing se base largement sur Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovation (Fifth ed)*. New York : Free Press.

²⁵ Simonson & Bize (2015a et 2015a), *op. cit.*

²⁶ Heuer, C. & Marcacci, A. *Evaluation du projet pilote Girasole dans le canton du Tessin : questions d'évaluation envisageables pour le projet partiel « mise en oeuvre »* (6.7.2016).

²⁷ Dearing (2009), *op. cit.*

²⁸ Dearing (2009), *op. cit.*

ainsi : *Quelle est la perception du projet-pilote Girasole auprès des acteurs-clé de la mise en œuvre de celui-ci?*

2.1.2. Utilisateur

Un autre aspect influençant le processus de diffusion de l'innovation est l'*ouverture* (« innovativeness » en anglais) de l'utilisateur (« adopter » en anglais), c'est-à-dire la disponibilité des personnes à adopter l'innovation. Dearing²⁹ évoque différents types d'utilisateur : les innovateurs (qui tendent à adopter tout de suite l'innovation car ils n'ont rien à perdre), les utilisateurs précoces (« early adopters » qui adoptent l'innovation vite car ils la jugent intéressante), les utilisateurs tardifs (qui adoptent l'innovation car d'autres l'ont fait et croient que c'est la chose juste à faire, selon une logique d'imitation).

La dimension de l'utilisateur suggère des questions d'évaluation qui ont dû être traitées auprès de ceux qui étaient censés appliquer l'innovation, donc les médecins participants. Il a ainsi fallu comprendre leur degré d'ouverture aux pratiques professionnelles promues dans le projet-pilote Girasole. Nous avons fait l'hypothèse que cette ouverture dépend de la conscience que les médecins ont des facteurs de risque liés au style de vie, de l'importance qu'a pour eux la promotion de la santé, ou des difficultés qu'ils rencontrent dans la prise en charge des patients sédentaires et plus en général de ceux qui adoptent des styles de vie défavorables à leur santé. Les facteurs sociodémographiques peuvent aussi influencer l'ouverture au projet-pilote Girasole. A la lumière de ces réflexions, la question d'évaluation principale a été formulée ainsi : *Qu'est-ce qui explique la disponibilité des médecins à s'engager dans le projet-pilote Girasole ?*

2.1.3. Système social

Le système social constitue la troisième composante-clé du processus de diffusion de l'innovation. Selon Dearing³⁰ le système social renvoie à la *structure* du système dans lequel l'innovation est mise en œuvre, aux "*opinion leaders*" locaux et informels qui en favorisent la diffusion, et à la *pression sociale* que ceux-ci exercent pour que les personnes adoptent l'innovation.

Dans le cadre du projet-pilote Girasole, s'interroger sur le système social a voulu dire tenir compte des aspects culturels du canton du Tessin qui peuvent influencer les modalités de mise en œuvre du projet (ex : attitudes de la population envers la prévention primaire et la responsabilité individuelle à l'égard de sa santé), de l'organisation des cabinets médicaux dans le canton, du réseau d'offre de structures pour pratiquer l'activité physique, de la présence d'organisations ou personnalités qui se font porteurs de la promotion de l'activité physique et des styles de vie sains, de l'action de ces organisations ou personnalités. Dans le cadre de l'analyse du système social, il s'est agi donc de répondre à la question suivante : *Quels facteurs du système social ont favori ou entravé l'implémentation du projet-pilote Girasole ?*

2.1.4. Processus d'adoption individuelle

Cette quatrième composante-clé du processus de diffusion de l'innovation renvoie aux différentes *phases* qui ont amené les utilisateurs à adopter l'innovation. Dearing³¹ mentionne la phase de la *prise de conscience*, de la *persuasion*, de la *décision*, de l'*implémentation* et de la *continuation*.

²⁹ Dearing (2009), *op. cit.*

³⁰ Dearing (2009), *op. cit.*

³¹ Dearing (2009), *op. cit.*

Dans le cadre du projet-pilote Girasole, les acteurs qui ont été amenés à adopter et à appliquer l'innovation sont les médecins. Leur adhésion au projet-pilote est passée à travers un certain nombre de moments-clé identifiables : leur recrutement, leur formation, le recrutement que ceux-ci ont fait des patients et l'implémentation du coaching durant la consultation médicale. Il a donc fallu se questionner sur chacune de ces phases et plus en général sur la manière dont les médecins ont adhéré au projet-pilote Girasole au cours du temps et sur leur projection dans l'avenir. La question d'évaluation principale concernant le processus d'adoption individuelle s'est posée ainsi de la manière suivante : *Comment les médecins ont-ils implémenté le projet-pilote Girasole dans leur pratique professionnelle ?*

2.1.5. Système de diffusion

Le système de diffusion constitue la cinquième et dernière composante du processus de diffusion de l'innovation. Dearing³² affirme que le système de diffusion renvoie en particulier aux *agents de la diffusion* et à leur *action* dans le temps.

Dans le cadre du projet-pilote Girasole, le système de diffusion concerne tous les acteurs impliqués dans la gestion du projet et toutes les activités qui en ont caractérisé la gestion. Concrètement, il s'est agi de répondre à la question d'évaluation suivante : *Comment le projet-pilote Girasole at-il été conçu et géré ?*

2.1.6. Tableau des dimensions et des questions d'évaluation

Ci-dessous nous reportons la totalité des questions d'évaluation. Chaque question a été décomposée en sous-questions, de manière à mieux orienter la récolte des données. Dans le tableau la formulation est synthétique et les mots-clés sont mises en exergue, afin de permettre de saisir la globalité et la cohérence du questionnement.

Tableau 1. Dimensions et questions d'évaluation

Dim.	Question	Sous-questions
Innovation	<i>Quelle est la perception du projet-pilote Girasole auprès des acteurs-clé de la mise en œuvre du projet-pilote ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels sont les <u>avantages</u> et les <u>désavantages</u> de l'approche Girasole perçus par acteurs-clé ? ▪ Comment les acteurs-clé jugent-ils la <u>complexité</u> de l'approche Girasole ? Quel est leur point de vue sur les outils à utiliser ? ▪ En quoi l'approche Girasole est-il <u>compatible – ou incompatible</u> – avec la pratique et l'identité de médecin au Tessin ? ▪ Quel est le degré de <u>personnalisation</u> possible de l'approche Girasole ? ▪ Dans quelle mesure les approches des programmes Coaching Santé et Paprica peuvent-ils être harmonieusement combinés ? La <u>combinaison</u> de ces deux programmes est-elle réussie ?
Utilisateur	<i>Qu'est-ce qui explique la disponibilité des médecins à s'engager dans le projet-pilote Girasole ?</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quel est le point de vue des médecins sur les <u>facteurs de risque</u> liés au style de vie ? ▪ Quel est le point de vue des médecins quant à leur <u>rôle dans la promotion de la santé</u> et dans la prévention des maladies non transmissibles ? Est-ce que le rôle de coach leur semble approprié et accessible ? ▪ Quelle est l'expérience des médecins avec les <u>patients sédentaires</u> et ceux qui adoptent des styles de vie défavorables à leur santé ? Comment vivent-ils la prise en charge de ces patients ? ▪ Quels sont les <u>facteurs sociodémographiques</u> qui influencent la disponibilité des médecins au projet-pilote Girasole (âge, formation, expériences, caractéristiques du cabinet médical, type de clientèle) ?

³² Dearing (2009), *op. cit.*

Système social	<p><i>Quels facteurs du système social ont favorisé ou entravé l'implémentation du projet-pilote Girasole ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels <u>facteurs culturels et institutionnels</u> présents dans le canton du Tessin favorisent – ou au contraire entravent – la diffusion du projet-pilote Girasole ? ▪ En quoi <u>l'organisation du cabinet</u> facilite – ou ne facilite pas – l'adhésion des médecins au projet-pilote Girasole et à son implémentation? ▪ Quelle est la situation en ce qui concerne <u>l'offre d'activités physiques</u> dans le canton du Tessin ? Est-elle suffisamment développée et communiquée ? ▪ Qui sont les <u>opinion leaders</u> reconnus dans le champ de la prévention primaire et de la promotion de la santé dans le canton du Tessin ? Quel rôle ont-ils joué dans la diffusion du projet-pilote Girasole ?
Processus d'adoption individuelle	<p><i>Comment les médecins ont-ils implémenté l'approche Girasole dans leur pratique professionnelle?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles <u>motivations</u> ont poussé les médecins à s'engager dans le projet-pilote Girasole ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Dans quel but se sont-ils engagés ? Quelles étaient leurs attentes ? ○ Quels facteurs expliquent les phénomènes de résistance – si résistance il y a eu – chez les médecins participants dans l'adhésion et la continuation du projet-pilote ? ▪ Comment les médecins jugent-ils les <u>soutiens</u> qu'ils ont reçus pour implémenter le projet-pilote Girasole ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Comment jugent-ils la formation initiale qu'ils ont reçue ? ○ Comment jugent-ils l'accompagnement octroyé par le SPVS au long du projet-pilote ? ○ Comment jugent-ils la disponibilité d'un répertoire d'offres d'activités physiques dans le canton du Tessin (CD-Rom ou autre) ? ▪ Comment les médecins ont-ils <u>impliqué les patients</u> dans le projet-pilote Girasole ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Comment ont-ils choisi les patients auxquels ils ont proposé de participer au projet-pilote ? ○ Quel type de patients ont adhéré au projet-pilote ? Est-ce que les médecins ont réussi à impliquer les patient/es qui auraient le plus besoin de modifier leur style de vie ? Si non, pour quelles raisons ? ○ Concernant les patients qui ont refusé d'adhérer au projet-pilote, quelle était leur raison de refuser ? ▪ Comment les médecins ont-ils <u>appliqué les bases conceptuelles</u> relevant des deux programmes Coaching Santé et Paprica dans leur pratique professionnelle ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Comment s'y sont-ils pris, concrètement, pour réaliser le coaching ? ○ Quelles difficultés ont-ils rencontrées dans l'application du projet-pilote Girasole dans leur pratique professionnelle ? ○ Quelles modifications ont-ils amenées lors de l'implémentation du projet-pilote ? ▪ Comment les médecins jugent-ils leur <u>expérience personnelle</u> dans le projet-pilote Girasole ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Quel est leur vécu par rapport au nouveau rôle qu'ils ont endossé ? ○ Quel est leur point de vue par rapport à la continuation du projet ? Envisagent-ils de continuer ? ○ Qu'est-ce qu'ils changeraient ?
Système de diffusion	<p><i>Comment le projet-pilote Girasole a-t-il été conçu et géré ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles ont été les <u>étapes</u> et les <u>activités</u> principales de la conception et de l'implémentation du projet-pilote Girasole ? ▪ Comment s'est déroulée <u>l'implication des acteurs-clé</u> ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Comment les acteurs-clé ont-ils été contactés et persuadés ? ○ Quels acteurs-clé ont manqué d'être impliqués dans le projet-pilote et pourquoi ? ○ Quel est le rôle qui pourrait être joué par les organisations professionnelles telles que l'Associazione ticinese medici di famiglia (ATIMEF), l'Associazione medici internisti del Canton Ticino (AMITI) ou le groupe tessinois de l'Académie suisse de médecine psychosociale et psychosomatique (TiPsiso) ? ▪ Comment s'est déroulée la <u>répartition des tâches</u> et quel a été son degré d'efficacité ? ▪ Comment s'est déroulée la <u>collaboration</u> entre les acteurs-clé ? ▪ Comment s'est faite la <u>sélection des médecins participants</u> ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Combien de médecins ont été sollicités à participer à la formation et combien ont-ils accepté/refusé ? ○ Quelles stratégies ont été utilisées pour recruter les médecins ? ○ Pourquoi certains médecins ont refusé de participer ? ▪ Quel est le <u>niveau d'adéquation des ressources</u> mises à disposition pour le projet-pilote ? Était-il suffisant ?

2.2. Cadre méthodologique

Pour répondre aux questions d'évaluation selon la logique exploratoire qui caractérise cette étude, nous avons utilisé des techniques qualitatives de récolte des données. Une étude économique aurait dû aussi avoir lieu, mais elle a été abandonnée en cours de route.

2.2.1. La récolte des données qualitatives

Différentes méthodes ont été utilisées entre le mois de septembre 2016 et le mois d'avril 2018.

- Analyse de documents pertinents. Tout au long de la période d'évaluation externe nous avons consulté les documents produits dans le cadre du projet-pilote Girasole (rapports d'activité, théorie d'action, courrier entre les acteurs-clé, documents en lien avec Coaching Santé et Paprica, etc.). Nous avons aussi eu recours aux documents institutionnels ou scientifiques qui pouvaient amener des éclairages sur l'attitude de la population tessinoise à l'égard de la promotion de la santé, ainsi que sur le contexte socio-culturel dans lequel le projet-pilote a été testé.
- Observation participante des séances pour les médecins participants. Durant le projet-pilote plusieurs activités ont été organisées par le SPVS pour les médecins participants. Nous avons pris part à la plupart d'entre elles et nous avons pris des notes étendues qui sont allées enrichir les données récoltées à travers les focus groups et les entretiens individuels, en permettant ainsi une certaine triangulation méthodologique.
 - o Formation initiale : le 16-17 septembre 2016 les médecins ont bénéficié de la formation du projet-pilote Girasole. Dans la même occasion le projet d'évaluation externe a été présenté. Nous avons participé à la totalité de la formation.
 - o Réunions d'accompagnement : trois réunions d'accompagnement ont été organisées par le SPVS en décembre 2016, mai 2017 et décembre 2017. Nous avons pris part à la première et à la dernière, la réunion du milieu ayant été fixée à un moment où nous n'étions pas disponibles. Le soir même de la deuxième réunion, toutefois, nous avons eu une longue conversation téléphonique avec le SPVS pour avoir un feedback sur la rencontre.
 - o Formation à la gestion du stress : en août 2017 neuf médecins participant au projet-pilote ont bénéficié d'une formation à la gestion du stress. Nous n'avons pas participé à cette activité puisqu'elle a été fixée à un moment où nous n'étions pas disponibles. De plus, cette formation ne faisait pas partie du processus strict d'évaluation.
- Focus groups et entretiens individuels avec les médecins participants. Si l'idée initiale était celle de mener des entretiens individuels avec les médecins formateurs et des focus groups avec les autres médecins participants, nous avons rapidement décidé de rencontrer les médecins formateurs en groupe pour profiter de la synergie de leurs échanges.³³ La récolte de données auprès des médecins prévoyait donc initialement 8 focus groups (4 au début du projet-pilote, 4 à la fin). Ceux-ci se sont multipliés en 16 entretiens de groupe ou individuels suite à l'impossibilité de fixer des dates et des lieux convenables aux médecins participants.³⁴ Nous avons ainsi mené :

³³ Morgan, D.L. & Krueger, R.A. (1998). *The Focus Group Kit: Volumes 1-6*. Thousand Oaks/London/New Dehli : Sage.

³⁴ Cette difficulté est aussi à comprendre comme une certaine résistance à l'étude scientifique. Cet aspect sera approfondi dans le chapitre 3.1.3.

- 5 entretiens de groupe et 3 entretiens individuels au début du projet-pilote (1^{ère} campagne de récolte des données, novembre – décembre 2016) avec un total de 19 médecins ;
- 4 entretiens de groupe et 4 entretiens individuels à la fin du projet-pilote (2^{ème} campagne de récolte des données, janvier – mars 2018) avec un total de 16 médecins (deux avaient entretemps abandonné le projet-pilote; un troisième médecin n'a pas répondu aux multiples sollicitations des chercheurs).

Les entretiens individuels et de groupe ont été menés de manière semi-directive à partir de grilles d'entretien développées sur la base du cadre conceptuel, et en particulier à partir des questions d'évaluation qui ont été reportées préalablement.³⁵ Faisant référence à la théorie de la diffusion de l'innovation sociale,³⁶ les grilles renvoyaient en dernière analyse aux cinq dimensions importantes à explorer : l'innovation, l'utilisateur, le système social, le processus d'adoption individuelle et le système de diffusion. Au-delà des éléments suggérés par Dearing, nous avons encouragé les personnes à s'exprimer à leur rythme et à toucher les aspects qu'ils considéraient importants. De plus, les entretiens ont intégré des questions pour approfondir qualitativement les données quantitatives récoltées au fur et à mesure, sur la base des indications qui nous étaient fournies par Interface. Le résultat est un corpus de données riches, diversifiées et non standardisées.

- Entretiens avec les acteurs institutionnels du projet-pilote Girasole. Nous avons mené un entretien avec le président de l'OMCT et un entretien avec le SPVS (février – avril 2018). Un autre entretien a eu lieu avec le président de l'ATIMEF, bien que cette association n'apparaisse pas dans l'organigramme du projet-pilote Girasole. Nous avons rencontré ces acteurs institutionnels car ils étaient censés jouer un rôle important dans la conception et diffusion du projet-pilote (SPVS, OMCT) ou car ils occupent une place importante dans le système de santé au Tessin en lien avec les contenus du projet-pilote Girasole (ATIMEF). Dans ce cas aussi, des grilles d'entretien ont été élaborées préalablement sur la base de notre cadre conceptuel. Nous avons également eu des interactions régulières avec Interface et le SPVS. Ces échanges ont été particulièrement importants pour faire circuler les informations utiles à l'implémentation et à l'évaluation externe du projet-pilote Girasole.

Le tableau 2 ci-dessous illustre les sources d'informations que nous avons utilisées pour l'analyse (lignes), croisées avec les cinq dimensions du processus de diffusion que nous avons exploré (colonnes).

Tableau 2. Sources des informations /dimensions à explorer

		Innovation	Utilisateur	Système social	Processus d'adoption individuelle	Système de diffusion
a	Analyse documentaire	X		X		X
b	Observation participante des séances pour les médecins participants	X	X		X	
c	Focus groups et entretiens individuels avec tous les médecins participants (formateurs et non)	X	X	X	X	X
d	ATIMEF	X		X		X
e	OMCT	X		X		X
f	SPVS	X	X	X		X

³⁵ Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods (Third ed.)*. Thousand Oaks : Sage.

³⁶ Dearing (2009), *op. cit.*

2.2.2. Les médecins participants

Les médecins appelés à implémenter le projet-pilote Girasole dans leur pratique professionnelle ont été la source d'information la plus riche. Dans le projet initial ceux-ci étaient subdivisés en médecins formateurs et médecins participants. Dans l'évaluation effective, toutefois, nous avons décidé de réunir ces deux groupes en une seule catégorie. Les premiers avaient plus d'expérience que les deuxièmes, mais une fois le programme lancé, tous ont participé de la même manière au projet-pilote Girasole, en recrutant les patients et en fréquentant les réunions d'accompagnement. Quand non spécifié autrement, nous parlerons ainsi dans ce document de médecins participants sans faire de distinction entre les formateurs et les autres.

Le groupe initial des médecins participants était constitué de 19 personnes. Deux médecins ont abandonné le projet-pilote peu de temps après avoir suivi la formation Girasole. Malgré cela, nous considérons ces deux médecins des membres de l'échantillon à part entière. Avant leur abandon, en effet, ils ont participé à un focus group et leur témoignage a fourni une lecture enrichissante de comment ce type d'intervention peut être reçu par le corps médical.

La majorité des médecins participants a été sélectionnée suite à des contacts personnels avec le SPVS. Le critère de sélection a été la sensibilité des médecins à la question de la promotion de la santé. D'autres personnes ont par contre rejoint le projet-pilote Girasole par « boule de neige » (ils connaissaient un autre participant qui leur a parlé du projet). Il est évident, dès lors, qu'il existe un biais dans le recrutement : les participants appartiennent à un groupe très sélectionné et donc ils ne peuvent pas être considérés représentatifs des médecins de famille tessinois. A la lumière de ce biais, la contribution des deux médecins qui ont abandonné le projet-pilote quelques temps après la formation initiale est d'autant plus importante, car elle permet d'élargir la variété des profils des participants et donc des expériences avec l'approche Girasole.

Concrètement, le groupe des médecins participants avait les caractéristiques reportées dans le tableau suivant.

Tableau 3. Caractéristiques des médecins participants

<i>Genre</i>	13 femmes	6 hommes
<i>Âge</i>	17 personnes = 36-55 ans	2 personnes > 56 ans
<i>Région</i>	2 personnes = région Bellinzona 2 personnes = Vallées du Haut Tessin 4 personnes = région Locarno 6 personnes = région Lugano 5 personnes = région Mendrisio	
<i>Situation géographique</i>	8 médecins installés dans une ville 7 médecins installés à la périphérie 4 médecins installés à la campagne	
<i>Type de cabinet</i>	3 médecins installés dans leur propre cabinet 9 médecins partageant le cabinet avec un collègue 7 médecins travaillant dans un cabinet de groupe	

Si l'on considère les caractéristiques des médecins participant au projet-pilote Girasole à la lumière des statistiques de la médecine de famille en Suisse, on constate que les jeunes, les femmes et ceux qui partagent le cabinet avec un ou plusieurs collègues sont surreprésentés. Les statistiques FMH montrent en effet qu'environ la moitié des médecins travaillant dans le secteur ambulatoire et catégorisés sous

« médecine interne générale » comme discipline principale en 2017 avaient un âge de 56 ans ou plus et seulement 34% étaient des femmes ;³⁷ de plus, en 2014 le 51% des cabinets de médecine de famille étaient individuels.³⁸ Encore une fois, les médecins participant au projet-pilote Girasole ne sont donc pas représentatifs de la situation moyenne de la médecine de famille en Suisse et au Tessin.³⁹

2.2.3. L'analyse des données qualitatives

Les focus groups et les entretiens ont été audio-registrés, retranscrits intégralement et rendus anonymes. Ces données se sont ajoutées aux notes prises lors des observations participantes et aux documents sélectionnés. Nous avons traité tout ce matériel discursif par analyse thématique⁴⁰ dans le but de développer une description riche et organisée de l'implémentation du projet-pilote Girasole à travers le prisme des questions d'évaluation. Cette démarche analytique a procédé selon une logique déductive-inductive. L'instrument fondamental a été le codage, c'est-à-dire l'identification de segments de textes et leur étiquetage avec des concepts issus des cinq dimensions de notre cadre conceptuel⁴¹ (logique déductive) ou issus directement des données elles-mêmes (logique inductive). Les codes ont été attribués tant aux contenus manifestes, c'est-à-dire formulés explicitement, qu'aux contenus latents, donc suggérés implicitement voire sous-entendus par les participants. Les différents codes ont ensuite été regroupés et hiérarchisés en fonction de leur proximité sémantique.⁴² Cela nous a permis d'identifier des thèmes récurrents, des soi-disant « patterns ».⁴³

Braun et Clarke⁴⁴ estiment que l'analyse thématique n'est pas qu'une démarche descriptive, mais peut parfois se pousser jusqu'à s'engager dans un véritable travail interprétatif. Une fois l'analyse descriptive effectuée, nous avons donc pris de la distance des données : nous avons abandonné le cadre de lecture de Dearing pour repenser les données et les comparer entre elles, en essayant de dégager des modes d'action typiques et d'en identifier les logiques sous-jacentes.

L'analyse thématique, dans sa dimension descriptive et interprétative, a été menée par les deux chercheurs en simultanée. La confrontation continue, la critique réciproque et la validation mutuelle ont constitué un instrument précieux pour la plausibilité des résultats. Le travail d'analyse a de plus été supporté par le logiciel pour l'analyse qualitative Atlas.ti, qui a facilité la comparaison des données et a augmenté la rigueur méthodologique.

2.2.4. L'évaluation économique

Une évaluation économique, portant sur les coûts du projet-pilote Girasole, avait été envisagée par le SPVS. Elle aurait dû être confiée à SUPSI sous financement direct du SPVS et aurait dû bénéficier du soutien de

³⁷ <http://aerzttestatistik.myfmh2.fmh.ch/> (30.5.2018).

³⁸ Senn, N., Ebert, S.T. & Cohidon, C. (2016). *La médecine de famille en Suisse. Analyse et perspectives sur la base des indicateurs du programme SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring)*. Obsan Dossier 55. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

³⁹ La représentativité des médecins participants n'était pas un objectif de l'implémentation du projet-pilote. Cette information est à comprendre comme une donnée de fait, une information qu'il est important de transmettre en vue d'une réflexion en termes de généralisation de l'approche Girasole auprès des médecins de famille.

⁴⁰ Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

⁴¹ Dearing (2009), *op. cit.*

⁴² Paillé, P. & Mucchielli, A. (2005). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.

⁴³ Braun & Clarke (2006), *op. cit.*

⁴⁴ Braun & Clarke (2006), *op. cit.*

l'OMCT. Cette évaluation n'a toutefois jamais démarré, faute de faisabilité. Le nombre de patients recrutés a été considéré trop faible. De plus, la phase d'intervention auprès des patients, qui aurait dû se terminer en septembre 2017, a par la suite été prolongée de 6 mois pour maximiser les chances du recrutement. Cette prolongation a participé à rendre impossible l'évaluation économique des coûts du projet-pilote.

L'évaluation économique était censée vérifier si l'entretien motivationnel s'ajoutait aux activités traditionnelles (mesurer le poids du patient, etc.) ou, au contraire, remplaçait les prestations traditionnelles, avec le résultat d'une neutralité des coûts directs des consultations du projet-pilote Girasole. L'approche choisie était de type pré- et post-, basée sur la comparaison de la consommation des services de santé avant, pendant et après l'intervention Girasole (nombre et contenu des consultations au cabinet du médecin de famille). Les données auraient dû être extraites de la base de données gérée par le Trust Center Ticino SA, responsable de la collecte des données relatives à la facturation des prestations des cabinets médicaux au Tessin. Pour identifier les 'patients projet-pilote Girasole', les médecins participants auraient dû rajouter un 'flag' dans la facture. Enfin, l'analyse aurait dû se faire seulement dans le cas de patients qui avaient consulté leur médecin de famille pendant les douze mois précédant le recrutement et pendant les douze mois successifs. Ces critères supplémentaires, couplés avec le nombre limité des patients recrutés pendant la phase pilote et la décision de reporter la fin de la phase d'intervention auprès des patients, ont amené SUPSI et le SPVS à renoncer à l'évaluation économique.

2.2.5. La restitution des résultats

Ce rapport d'évaluation externe reporte les deux démarches analytiques qui ont été explicitées dans le chapitre 2.2.3.

Le chapitre 3 présente les résultats de l'analyse thématique selon une logique fondamentalement *descriptive*. La restitution des résultats a maintenu la même structure définie dans le projet de recherche. Nous avons ainsi cinq sous-chapitres, chacun étant consacré à l'exploration d'une composante-clé du processus de diffusion de l'innovation sociale. Ces sous-chapitres peuvent paraître déséquilibrés et parfois répétitifs entre eux. Ceci est dû au choix que nous avons fait de maintenir la structure du rapport autour des cinq composantes-clé. Nous avons voulu garder cette organisation pour un souci de clarté et de fidélité au cadre théorique initial, bien que les résultats qui ont émergé de manière inductive auraient pu suggérer un agencement du rapport quelque peu différent. Nous avons par contre pris la liberté de réorganiser l'intérieur de chaque sous-chapitre, en évitant ainsi de suivre de manière rigide la liste des sous-questions d'évaluation, ceci dans un souci de valorisation des données récoltées.⁴⁵

Le chapitre 4 est le résultat d'une approche analytique plus *interprétative*. Nous avons repris les contenus principaux de l'analyse descriptive et nous nous sommes interrogés sur les relations entre les différents thèmes. Nous avons essayé de théoriser l'adhésion au concept Girasole et son implémentation en développant une taxonomie des médecins participants. Celle-ci offre une piste pour comprendre les différents modes de conduite des médecins et les logiques d'action qui les sous-tendent.

Le chapitre 5 reprend de manière synthétique les réussites du projet-pilote Girasole et les éléments de criticité qui ont émergé lors du processus de mise en œuvre.

Il vaut la peine d'attirer l'attention sur le fait que le texte (en particulier le chapitre 3) est parsemé de citations (traduites en français par les auteurs de ce rapport) issues des entretiens individuels et de groupe avec les différents participants. Le but de ces citations est illustratif : elles servent à favoriser la

⁴⁵ Nous rappelons que les données ont été récoltées de manière semi-directive, en laissant donc aux personnes une certaine marge de liberté par rapport à la manière de structurer leur discours et d'en aborder les contenus.

compréhension des résultats en fournissant des exemples riches et parlants des thèses soutenues, conformément à la logique de l'approche qualitative.⁴⁶ Ces citations, toutefois, n'ajoutent rien au contenu des chapitres. Elles peuvent donc être tout à fait ignorées si on estime leur utilisation excessive ou distrayante.

Une dernière précision doit être faite par rapport à l'éthique de l'évaluation externe. L'absence d'anonymat des participants a posé le problème de la confidentialité des données. Dans ce document, nous avons modifié voire éliminé certaines informations pour préserver l'identité des participants. Certains propos pourraient dès lors paraître insuffisamment étayés et explicites. Nous attirons l'attention du lecteur sur le fait qu'il s'agit d'un choix délibéré qui s'est imposé à la lumière de la particularité de l'évaluation. Dans la même logique, toutes les expressions renvoyant au genre des participants, dans le texte comme dans les citations reportées, ont été insérées en utilisant la forme masculine afin de ne donner aucune indication sur l'identité des personnes.

⁴⁶ Chenail, R.J. (1995). Presenting Qualitative Data. *The Qualitative Report*, 2(3), 1-9.

3. Résultats

3.1. Innovation

Quelle est la perception du projet-pilote Girasole auprès des acteurs-clé de la mise en œuvre de celui-ci?

A part les concepteurs et les organisateurs (OFSP, SPVS), les acteurs impliqués dans le développement et l'implémentation du projet-pilote Girasole sont le CMPR, les médecins participants et l'OMCT. L'ATIMEF aussi, pour sa position dans le système de santé tessinois, peut être considéré un acteur significatif en lien avec le projet-pilote Girasole. L'OMCT et l'ATIMEF ont exprimé un jugement préalable positif sur l'opportunité de renforcer les compétences des médecins de famille dans la promotion de la santé et la prévention primaire. Cependant, l'OMCT et l'ATIMEF ont joué un rôle limité dans le déroulement du projet-pilote : le premier a surtout soutenu le SPVS dans la recherche d'une solution pour la facturation, le deuxième a donné son soutien formel, sans toutefois suivre les détails de la mise en œuvre du projet-pilote et sans acquérir un rôle actif. Plus riche est la qualité de l'appréciation de la part des médecins, formateurs et non. Ce sont eux les acteurs principaux, puisqu'ils étaient censés implémenter le projet-pilote Girasole dans leur pratique professionnelle. C'est donc sur eux que va porter ce chapitre. Celui-ci s'interroge sur la perception de la part des médecins participants de l'approche Girasole qu'ils étaient censés appliquer dans leur pratique professionnelle.

La plupart des médecins a perçu l'approche Girasole, compris ici comme un mode d'interaction visant à entraîner un changement de comportement chez le patient, comme plutôt positif. Certains ont aussi exprimé quelques critiques. Une minorité par contre s'est déclarée totalement opposée à ce type de projet de promotion de la santé au cabinet médical basé sur l'entretien motivationnel. Les appréciations ont porté sur le processus d'utilisation et sur les effets du projet-pilote Girasole. Dans les lignes suivantes nous détaillons la diversité d'appréciation du programme.

3.1.1. Les attributs positifs de l'approche Girasole

Par rapport au processus d'utilisation, Girasole a été décrit comme étant une approche fondamentalement *maniable*. On lui a en effet attribué les caractéristiques suivantes :

- *Il est accessible*. Bien que certains aient souligné la nécessité d'une formation plus pointue au colloque motivationnel, c'est une évidence que la grande majorité des médecins a pu, d'une manière ou d'une autre, implémenter l'approche Girasole dans sa pratique professionnelle. Les outils proposés par le projet-pilote Girasole sont d'emblée fondamentalement simples, tant en ce qui concerne les concepts qui les sous-tendent que les instruments à manier. Avec un moindre effort, les médecins ont eu accès à une approche innovante et opérationnelle à l'égard de leurs patients. L'intégration d'une part, de l'entretien motivationnel et des outils proposés par Coaching Santé et, de l'autre, de la formation et des instruments proposés par Paprica sur la promotion de l'activité physique, n'a posé aucun problème, au point que les médecins n'étaient même pas très conscients qu'il s'agissait de deux programmes différents. En gros, on pourrait résumer en disant que Coaching Santé a fourni les outils relationnels et motivationnels fondamentaux, alors que

Paprica a constitué une source d'informations et suggestions que les médecins pouvaient transmettre aux patients par rapport à l'activité physique. Plusieurs projets de santé développés par les patients néanmoins ne portaient pas sur l'activité physique, ce qui excluait d'office tout le matériel Paprica.

- *Il est structurant.* La plupart des médecins affirme avoir développé des formes de promotion de la santé depuis des années : ils ont toujours essayé de discuter avec le patient de son mode de vie et de le sensibiliser aux facteurs de risque. Cette activité était développée de manière individualisée et spontanée. Or, le projet-pilote Girasole s'est inséré en continuité avec le travail qui était effectué auparavant : « Ce projet pour moi est intéressant en ce sens, il permet de développer mieux un aspect qui faisait déjà partie avant de mon travail. » Concrètement, le projet-pilote Girasole a donné un cadre aux activités de promotion de la santé du médecin et a participé à renforcer la posture participative : « Je me rends compte qu'au fond, dans la manière dont je faisais de la prévention avant, bien qu'avec une certaine sensibilité dont je pense avoir fait preuve, j'ai été peut-être un peu directif dans mes attitudes. Par contre, pouvoir expérimenter une dimension plus participative du patient, peut-être en tournant un peu plus autour du problème pour laisser la possibilité au patient d'exprimer ses doutes... cela est stimulant. » Le projet-pilote Girasole a aussi fourni des outils supplémentaires. La feuille avec la cible, le répertoire des activités physiques et les techniques de l'approche motivationnelle (questions ouvertes, reformulation, etc.) ont été très appréciées, comme d'ailleurs la possibilité de structurer le projet de santé en étapes en vue d'atteindre des objectifs mesurables.
- *Il est flexible.* Bien que l'approche Girasole fournisse un cadre d'action à la promotion de la santé, les médecins participants reconnaissent son potentiel de personnalisation dans le contenu et dans la forme : « La grande force [de Girasole] est que chacun de nous l'a utilisé différemment. Cela est une force. Cela signifie que tu peux le proposer à tout type de médecin, que tu peux l'adapter à ta personnalité. » On apprécie la possibilité laissée au patient de choisir sur quel thème travailler. A la base l'accent aurait dû être mis sur l'activité physique, puisque les médecins avaient reçu une formation en lien avec cela. Néanmoins les patients étaient invités à définir par eux-mêmes leur domaine d'action. On retrouve ainsi des projets de santé variés, allant de « se laver les dents une fois par jour » jusqu'à « marcher tous les jours 20 minutes ». Par rapport à sa forme, les médecins ont apprécié de pouvoir personnaliser les procédures et les outils du projet-pilote Girasole. Par exemple, ils décidaient si voir le patient dans des consultations ad hoc ou lors de rendez-vous habituels, ils choisissaient les feuilles de travail sur lesquels se concentrer, etc. (cf. le chapitre 3.4).

Par rapport aux effets, le projet-pilote Girasole a été considéré *transformatif* sous plusieurs points de vue :

- *Il est légitimant.* Les activités de promotion de la santé développées par les médecins avant le projet-pilote Girasole n'avaient ni de nom ni de valeur partagée avec les collègues. Il était donc libérant de pouvoir enfin jouir d'une reconnaissance institutionnelle. Concrètement, celle-ci se manifestait dans la lettre d'information que le service du médecin cantonal adressait aux patients sollicités : « La deuxième feuille, où il y a la signature du médecin cantonal, je présentais cette lettre presque pour légitimer, pour montrer qu'il s'agit d'un projet reconnu. » Les médecins ont aussi beaucoup apprécié de pouvoir faire partie d'une 'communauté de pratique',⁴⁷ autrement dit d'un groupe de personnes qui partageaient une même activité professionnelle et réfléchissaient aux difficultés et aux solutions en lien avec elle : « J'ai toujours retiré du positif de ces réunions Girasole (...) en dehors de la solitude de mon cabinet. » Ainsi, les personnes découvraient d'avoir

⁴⁷ Wenger, E. (2000). Communities of practice and social learning systems. *Organization Science*, 7(2), 225-246.

une identité commune : « Je ne savais pas bien ce que j'étais en train de faire [quand je faisais de la promotion avant le projet-pilote Girasole]. Après Girasole j'en sais un peu plus. » Enfin, le projet-pilote Girasole a aussi été considéré capable de renforcer le statut du médecin de famille, puisqu'il valorise sa relation privilégiée avec le patient : « C'est un projet qui valorise le rôle du généraliste. »

- *Il est gratifiant.* La plupart des médecins apprécie le virement substantiel de la relation médecin-patient encouragé par l'approche Girasole, l'attribution d'une plus grande responsabilité au patient et le style de communication plus horizontal. Ils considèrent qu'il s'agit d'une approche plus agréable que la prise en charge traditionnelle : « C'est une approche différente pour parler de ces problèmes. Le patient n'entend plus le discours moralisateur du médecin qui dit 'fais ci, fais ça', mais il est plus au centre, c'est lui qui doit faire quelque chose. C'est beau que ça soit lui à fixer l'objectif et que toi tu l'aides à atteindre cet objectif (...). C'est stimulant et cela rend même la consultation agréable. » Pour certains, le projet-pilote Girasole est arrivé même à leur donner un nouvel élan : « Cela peut être aussi un instrument qui rend le travail plus intéressant (...) ça redonne un certain élan dans la profession. »
- *Il est génératif.* Le projet-pilote Girasole a la capacité d'offrir dans toute situation des possibilités d'action et de relation. Par exemple, en laissant la parole au patient, le médecin peut récolter un grand nombre d'informations sur lui, ce qui lui donne la possibilité de mieux le connaître et donc le soutenir : « Tu te confrontes mieux avec le patient. Il y a des questions ouvertes et donc tu rentres davantage dans sa vie. » De plus, en invitant le patient à travailler dans un domaine, on finit par en toucher d'autres : « Voilà la force de ce programme : tu peux travailler sur un thème choisi par le patient, et automatiquement tu aborderas aussi les autres. Car ils sont corrélés. » Enfin quelques médecins ont l'impression que même si le patient échoue, il y a toujours la possibilité de relancer le travail : « (...) s'il accepte, mais après il ne parvient pas à faire ce qu'il a décidé, tu peux toujours travailler sur les raisons de l'échec. » Dans la même logique, même les patients qui refusent d'entrer en matière pourraient en tirer un bénéfice dans un deuxième moment : « Moi j'ai eu des patients qui sont arrivés et qui m'ont dit : 'vous me l'avez proposé mais sur le moment je ne voulais pas, mais maintenant oui.' Il s'agit de jeter une graine, et après d'attendre, le résultat peut venir plus tard. »

3.1.2. Les attributs négatifs de l'approche Girasole

A côté de l'évaluation positive, la plupart des médecins a attribué à l'approche Girasole aussi des traits plus mitigés qui, toutefois, ne remettent pas en discussion l'appréciation fondamentalement favorable du projet-pilote.

- *Il est contraignant.* L'approche Girasole propose une manière de communiquer avec le patient qui, pour certains, est peu spontanée. La formulation de questions ouvertes, la reformulation, le fait de relancer le discours, ce sont des techniques qui peuvent sembler peu naturelles, surtout si elles n'ont pas encore été complètement acquises : « Ce matin j'ai fait le dernier Girasole, je voulais que la patiente me dise qu'après le repas de midi elle aurait pu aller faire une promenade. Or, selon l'entretien motivationnel je devais dire 'Y a-t-il des moments durant lesquels vous pensez que vous pourriez marcher ?', et la patiente me regardait... 'boh'. Et alors je lui ai dit : 'Par exemple après le dîner !' Et puis je me suis dit : 'Quel idiot ! Tu ne dois pas faire ça !' Parce que selon l'entretien motivationnel c'est une chose qu'il ne faut pas faire. Mais à la fin, tu veux tellement suivre les règles de l'entretien motivationnel que tu te coince dans des impasses absurdes, alors que le patient voudrait simplement que tu lui dises : 'Après le dîner ? Oui, ok !' » La préoccupation qui

émerge de cette citation est l'atteinte à l'authenticité de la relation avec le patient : « C'est cette structure qui m'irrite, ou qui me rend sceptique. Ça enlève de la spontanéité à la relation (...). Si les choses sont trop structurées... à la fin le patient se rend compte si c'est moi qui parle ou si c'est un programme préconçu à travers ma bouche. »

- *Il est risqué.* L'approche Girasole introduit des incertitudes dans la consultation. Tout d'abord, les médecins participants pensent que pas tous les patients ont le désir d'assumer un rôle proactif à l'égard de leur santé. Ainsi proposer l'approche motivationnelle à l'intérieur de la consultation médicale peut susciter de la résistance, voire de la méfiance ou de l'irritation. Deuxièmement, l'approche Girasole implique un transfert du pouvoir : le médecin laisse la parole au patient, il lui donne l'opportunité de structurer ses réponses comme il le veut. Selon les participants, ce choix doit ensuite être assumé jusqu'au bout : « Si je laisse la parole aux patients, après je dois les laisser parler. » A cause de cela, il se peut que le médecin perde le contrôle de la consultation tant en termes de gestion du temps que de gestion du contenu : « Il y a un double risque : la gestion du temps, mais aussi la gestion du contenu. C'est-à-dire, il y a une incertitude : non seulement 'doit-on le faire, doit-on pas le faire', mais aussi 'comment gérer le temps, e comment gérer ce qui ressort', parce qu'on n'est pas des psychologues. Nous on fait beaucoup à ce niveau, mais le problème est que nous n'avons pas été formés comme il faut pour faire face à ce que nous faisons. »

Si la plupart des participants a formulé une appréciation plutôt positive à l'égard de l'approche proposée par le projet-pilote Girasole, avec le bémol concernant sa dimension contraignante/artificielle et risquée, quelques médecins ont par contre exprimé un jugement négatif dès la formation à l'approche Girasole au mois de septembre 2016, et se sont ensuite retirés du projet-pilote. Jusque-là les médecins avaient été invités à participer à un projet-pilote sur la promotion de la santé, mais les détails du projet-pilote n'avaient pas encore été communiqués.

Deux arguments ont été évoqués pour expliquer cette résistance.

- *Il est incompatible avec l'identité de médecin.* L'approche Girasole laisse une place fondamentale au patient, conformément à l'approche participative sur laquelle il se base. Le patient est invité à s'exprimer de son gré et à prendre ses décisions. Or, pour une minorité de participants cela finit par dénaturer la relation thérapeutique. Celle-ci est vue par ces médecins comme étant nécessairement asymétrique (le médecin sait, le patient ne sait pas) et orientée à résoudre un problème de santé (le patient a un symptôme, le médecin pose un diagnostic et prescrit un traitement). Dans le cadre de l'approche Girasole ces deux principes tombent à l'eau : médecin et patient sont 'sur le même plan', tandis que l'objet de l'intervention médicale n'est pas un problème de santé, mais un comportement de la vie quotidienne. Pour ces raisons, quelques médecins se sont trouvés mal en point devant l'approche Girasole. D'une part, l'horizontalité de la relation est vécue comme hypocrite : « Nous ne sommes pas au même niveau du patient. Si tu fais cela [lui laisser le rôle d'acteur principal dans la consultation] tu le mets à ton même niveau. De formation, j'entends. (...) A mon avis on ne doit pas donner de la place au patient. Cela ne sert pas. Le patient ne sait pas, ne connaît pas tout. S'il connaissait tout il n'aurait pas besoin d'être là. » D'autre part, l'intervention du médecin sur le style de vie du patient est ressentie comme une absurdité : « Nous, les médecins, on s'occupe de pathologie, non pas de 'salutologie'. »⁴⁸ Selon ce petit groupe de participants, la réaction des patients à qui ils ont initialement essayé de proposer le projet-pilote Girasole prouve l'incompatibilité de cette approche avec le rôle de médecin : « Le patient vient ici pour avoir en face de lui un médecin, quelqu'un qui pose un diagnostic, qui prescrit des

⁴⁸ C'est le mot que la personne interviewée a utilisé délibérément, bien que dans le dictionnaire n'existe pas (on parlerait plutôt de salutogénèse) : 'salutologia', en italien.

traitements. (...) Si je demande 'qu'est-ce que vous voulez faire pour résoudre votre situation', on me dit : 'c'est à vous de me le dire, c'est vous le médecin'. (...) Il y a un type qui venu en consultation : jeune, il boit, en surpoids, avec la maladie du foie gras. J'ai essayé [d'appliquer Girasole] : 'Qu'est-ce que vous aimeriez faire ?'. 'Je suis venu chez vous exprès.' Il m'a envoyé me faire voir. »

- *Il est utopique.* L'approche Girasole prévoit que médecin et patient travaillent ensemble pour amener un changement dans le mode de vie du patient. Or, pour certains médecins cet effort est destiné à échouer. D'une part, le patient ne *veut* pas changer, il n'est pas motivé à le faire : « Le patient employé en banque, stressé, il vient chez moi pour dire 'maintenant je veux que quelqu'un s'occupe de moi'. Je ne peux pas lui dire : 'Tu aimerais faire quoi ?' Il m'envoie me faire voir ! (...) Le patient ne veut pas être actif (...) ce n'est pas une question de compréhension, mais d'intérêt, car cela exige de l'effort. » D'autre part, le patient ne *peut* pas changer : selon certains médecins, son mode de vie dépend moins de lui que du contexte socio-économique dans lequel il est inséré. Boire trop, manger mal, être sédentaire, se stresser, ces comportements sont vus comme le résultat des conditions de stress dans lesquelles chacun de nous est obligé de vivre : « C'est un problème qu'on ne va jamais résoudre. On travaille 10-12 heures par jour, les magasins ferment à 18.30, tu manges mal car si tu ne sors pas à 18h00 tu n'arrives pas à faire les courses... A mon avis c'est toute la société qui est sur un mauvais chemin. Mais qui dans ce monde peut aller danser 3 fois par semaine ? » Pour toutes ces raisons, ces médecins ressentent l'approche Girasole comme une solennelle perte de temps.

3.1.3. L'apparat d'évaluation externe et son rôle dans la perception de l'approche Girasole

Un discours à part doit être fait par rapport à la dimension scientifique du projet-pilote. Celui-ci était accompagné par un système d'évaluation externe relativement articulé. En plus de remplir un questionnaire personnel au début et à la fin du projet-pilote, le médecin était censé récolter des données sur les patients recrutés au fur et à mesure de l'avancement du programme de coaching. Le système d'évaluation externe prévoyait l'enregistrement du patient sélectionné dans une 'liste-patients'. Le médecin devait ensuite lui proposer l'étude en lui transmettant la lettre d'information écrite par le service du médecin cantonal. En cas d'acceptation, il devait inviter le patient à remplir un questionnaire d'entrée. Au fur et à mesure que le travail de coaching se poursuivait, le médecin devait remplir les feuilles de travail avec le patient, coller les étiquettes qui l'identifiaient de manière anonyme sur les différents documents, enregistrer l'avancement des travaux dans la 'liste-patients' et, en conclusion, inviter le patient à remplir un questionnaire final. Or, la quasi-totalité des médecins a considéré ce système d'évaluation externe un obstacle majeur à l'implémentation du projet-pilote Girasole. Déjà durant la formation initiale l'explication de l'étude avait été jugée précipitée. Ensuite deux arguments ont été invoqués pour expliquer la résistance envers l'évaluation scientifique.

- *L'alourdissement administratif.* Par rapport à d'autres études scientifiques, le système d'évaluation externe du projet-pilote Girasole a été jugé plutôt simple. Malgré cela, les médecins affirment avoir eu beaucoup de difficultés à y faire face. Tous ont décrit leur quotidien comme soumis à une pression temporelle extrême et continue. Dans un tel contexte de stress et d'urgence perpétuelle, « même boire un verre d'eau devient un processus complexe, si tu dois l'enregistrer. »
- *Le double mandat.* En proposant au patient un parcours de coaching, le médecin devait aussi lui proposer de participer à l'étude. L'enthousiasme du médecin pour l'offre d'une prise en charge innovante était ainsi mitigé par la crainte d'être perçu comme voulant « piéger » le patient : « Je

me sens comme si j'étais en train de lui vendre quelque chose, comme si j'étais dans le besoin de recruter des gens. Voilà. Et donc avec cette partie-là [l'étude scientifique] j'ai de la peine, je n'aime pas. » La gêne à l'égard du patient était renforcée aussi par un deuxième facteur : plusieurs médecins avaient l'impression que la partie d'évaluation externe s'insérait dans le parcours de coaching de manière déplacée, comme si une tierce personne venait interrompre le flux de partage et de confiance entre le médecin et le patient, en dérangeant l'intimité de leur relation. « Ce n'est pas naturel. Dans un premier moment tu lui [au patient] donnes la feuille avec les informations, et cela fait déjà deux pages. Cela pour moi est la difficulté plus grande, car je ne sais jamais quand l'introduire, car ça change toute l'atmosphère du discours que tu es en train de faire. Tu es dans un discours, dans une relation avec le patient et tu essaies de te faire raconter des choses par le patient, et puis du coup ça devient un projet externe. Et ça change, en tout cas pour moi. »

La dimension scientifique du projet-pilote et ses inconvénients pour la pratique professionnelle a fortement terni la perception que les médecins avaient de l'approche Girasole. Cela s'est avéré particulièrement vrai lors de la première série de focus groups (novembre – décembre 2016). Les obstacles à l'implémentation du projet-pilote Girasole semblaient à ce moment-là insurmontables et les médecins étaient très sceptiques quant à l'intervention qu'ils devaient réaliser. Lors de la deuxième série de focus groups (janvier – mars 2018) la dimension scientifique avait été relativement apprivoisée : certains médecins avaient développé des stratégies pour gérer la dimension scientifique du projet-pilote, d'autres s'étaient résignés à une récolte de données approximative, voire lacunaire.⁴⁹ Que ça soit pour une raison ou pour l'autre, cette prise de distance de la dimension scientifique du projet-pilote Girasole a permis aux médecins d'apprécier le projet-pilote en lui-même, en en saisissant les avantages et les limites intrinsèques tels qu'ils ont été présentés dans ce chapitre.

3.2. Utilisateur

Qu'est-ce qui explique la disponibilité des médecins à s'engager dans le projet-pilote Girasole ?

Si on reprend les attributs associés à l'approche Girasole dans le sous-chapitre précédent, on constate une gamme de représentations allant des plus positives aux plus négatives. Déterminer les variables qui jouent un rôle dans la perception du projet est difficile dans le cadre d'une recherche qualitative avec un nombre limité de participants. On peut néanmoins essayer d'identifier quelques éléments qui semblent corrélés avec la disponibilité ou l'indisponibilité de fond des médecins envers l'approche Girasole. Parmi ces éléments il semblerait y avoir deux aspects de la vie professionnelle du médecin : la formation médicale et le type de patientèle.

En ce qui concerne la formation reçue, on a pu constater que parmi les médecins les plus ouverts à l'approche Girasole il y avait ceux qui avaient été formés à Genève, un site universitaire reconnu pour l'éducation thérapeutique du patient. D'autres médecins particulièrement ouverts à l'approche Girasole avaient été formés ailleurs, mais avaient suivis des formations supplémentaires en lien avec la promotion de la santé, le coaching ou la communication avec le patient. Quant à la patientèle, il semblerait que les médecins se sentaient plus aptes à implémenter le projet-pilote Girasole avec les patients avec qui ils

⁴⁹ Certains médecins, d'ailleurs, ont affirmé avoir appliqué le projet-pilote Girasole avec certains patients, sans toutefois les enregistrer dans l'étude.

avaient une certaine familiarité et confiance. Cette patientèle semble être plus facilement repérable dans les cabinets médicaux privés. A l'envers, les centres médicaux situés en zone urbaine sembleraient être plus fréquentés par des patients ponctuels, qui se rendent chez le médecin pour des pathologies précises et sans nécessairement établir un rapport intense et régulier avec lui.

Ces affirmations doivent être lues comme des pistes de travail qu'il faudra vérifier empiriquement sur un échantillon plus large de médecins. Mais au-delà des hypothèses très générales sur les déterminants de la disponibilité/indisponibilité des médecins, il est possible de développer une réflexion plus approfondie à ce sujet en considérant les attitudes de base qui rendent ceux-ci plus ou moins ouverts à l'approche Girasole. Deux aspects en particulier semblent cruciaux pour comprendre la position des médecins : la conception de la promotion de la santé au cabinet médical, d'une part, et la représentation des facteurs de risque en lien avec le style de vie, de l'autre. Tant l'une que l'autre ont des contenus diversifiés, confirmant ainsi la variété des médecins qui constituent l'échantillon.

3.2.1. Promotion de la santé au cabinet médical

La totalité des médecins considère que la promotion de la santé et la prévention des maladies non transmissibles font partie du mandat du médecin de famille. Tous, d'ailleurs, ont accepté de participer à la formation du projet-pilote Girasole sur la base d'une invitation du SPVS qui mettait justement l'accent sur l'importance de cette activité au cabinet. Comme l'a bien exprimé l'un des participants, « la promotion de la santé fait partie de l'ADN du médecin de famille », parce que, comme l'a dit un autre, « notre travail est quelque chose qui va bien au-delà du temps diagnostique et thérapeutique. » Non seulement le médecin est habilité à faire de la promotion de la santé, donc, mais on considère aussi qu'il constitue une valeur ajoutée pour cette activité : « La plus-value c'est que c'est ton médecin qui dit... Ce n'est pas le panneau d'affichage, mais ton médecin qui propose (...). C'est-à-dire moi, médecin, qui te connaît, je vois qu'il y a ce problème et je te fais une proposition. »

En poursuivant l'analyse, néanmoins, on constate une certaine ambiguïté autour du concept de promotion de la santé que le médecin est censé réaliser dans son cabinet. Sous un apparent consensus se cachent en effet des représentations fort différentes.

- Pour la majorité des participants, la promotion de la santé renvoie à une approche *salutogénique*, l'accent étant mis sur les facteurs favorisant la santé et le bien-être. Ce premier groupe de médecins s'accorde sur la nécessité d'avoir une approche holistique au patient, de s'intéresser à sa vie privée et de l'encourager à adopter des comportements sains. Chez ces médecins il y a une prédisposition naturelle à adhérer à l'approche Girasole.
- Pour une minorité de participants, la promotion de la santé est au contraire associée à une approche typiquement *pathogénique*, où l'accent est mis sur l'évitement des maladies à travers des interventions techniques. Au fond c'est la vision de la promotion de la santé comme prévention médicale qui prime : « Moi je crois à la prévention du style : tu as 50 ans, à partir de maintenant il est important que toi, pour les 10 prochaines années, sauf si tu as des symptômes particuliers, tu fasses la coloscopie (...). C'est la seule prévention que l'on peut faire. » Plus tard, le même médecin a confirmé son adhésion à l'approche pathogénique avec l'expression déjà mentionnée : « Nous, les médecins, on s'occupe de pathologie, non pas de 'salutologie'. » Or, c'est une évidence qu'il est très difficile, pour les médecins partageant cette vision de la promotion de la santé, d'adhérer à une approche comme Girasole.

3.2.2. Les facteurs de risque liés au style de vie

Il existe un large consensus chez les médecins participants par rapport aux facteurs de risque : tous reconnaissent l'impact sur la santé d'une alimentation malsaine, de la sédentarité, du tabagisme, d'une consommation excessive d'alcool ou d'une mauvaise hygiène de vie en général. Une analyse plus fine des entretiens et des focus groups, toutefois, révèle des nuances différentes dans les représentations que les médecins participants ont de ces comportements.

- *Les facteurs de risque sont à combattre.* Les médecins partageant ce point de vue pensent que la santé est surtout le résultat du mode de vie du patient. Dès lors il faut lui accorder beaucoup d'attention : « Je leur dis toujours [aux patients] qu'ils peuvent faire beaucoup plus de ce que moi je peux faire (...). Le seul dans lequel je crois est le patient. Parce que je peux aller mettre un stent quand tu fais un infarctus, mais ensuite ton style de vie tu dois le travailler en continu. » Ces médecins ont aussi une position apparemment critique vers la médicalisation, c'est pourquoi ils sont encore plus motivés à travailler avec le patient sur son style de vie : « Il vaut mieux travailler un peu sur le mode de vie, car si je l'envoie chez le cardiologue, il en sort avec 5 médicaments prescrits. » Les médecins avec cette position étaient bien sûr particulièrement bien prédisposés envers l'approche Girasole.
- *Les facteurs de risque sont à interpréter.* La majorité des médecins reconnaît l'importance des facteurs de risque en théorie. Dans la pratique, toutefois, ceux-ci estiment que certains comportements sont plus graves que d'autres ou exigent une intervention plus musclée que d'autres. Or, l'appréciation des facteurs de risque se fait sur la base de deux critères. Le premier est l'utilité du facteur de risque pour le patient. Selon certains médecins participants, les comportements néfastes pour la santé, comme une mauvaise alimentation ou la consommation d'alcool, peuvent jouer un rôle équilibrant pour le patient. « Il faut être réaliste, on fait tous une vie difficile. Si tu m'enlève mes 10 cigarettes par jour qu'est-ce qui reste ? La fumée, la nourriture, aller au bar, l'apéro, je sors du travail et je bois une bière... C'est une manière de cajoler l'âme. » Cette conviction les amène à avoir une attitude plutôt tolérante envers les patients qui adoptent des styles de vie défavorables à la santé. Le deuxième critère sur la base duquel le médecin juge le facteur de risque est son propre style de vie. En effet, si lui-même présente des comportements inappropriés du point de vue de la santé, il a la tendance à négliger le même comportement chez le patient : « Disons que je suis un peu rondet. Si je dis à mon patient : tu as 5 kg en trop, et moi j'en ai 30 en trop, qu'est-ce qu'il va penser mon patient ? Il me dira : ok, d'accord je vais essayer de maigrir', ou bien il dira : 'mais celui-ci il est bête' ?'. C'est pourquoi je pense que si tu veux intervenir sur les facteurs de risque, il faut une certaine crédibilité de la part du médecin. » Chez les médecins partageant ce type de conception la pertinence de l'approche Girasole est jugée au cas par cas.
- *Les facteurs de risque sont à accepter.* Pour une minorité de participants, le mode de vie du patient, et donc aussi les facteurs de risque qui l'accompagnent, dépend moins de lui que du contexte socio-économique dans lequel il baigne. Comme on l'a déjà écrit dans le chapitre 3.1.2., des comportements comme boire trop, manger mal, être sédentaire, se stresser, etc., sont le résultat des conditions sociales qui pèsent sur la personne : « La majorité des personnes travaille 10 heures par jour, a une famille... Il faut être réaliste. (...) Moi aussi je me dis 'je dois aller danser, je dois aller courir, je dois prendre soin de moi' (...) Oui, et après ? Soyons sérieux. La vie ne fonctionne pas de cette manière si nous tous nous travaillons 12 heures par jour (...). C'est la société toute entière qui crée un état de stress continu. » Les comportements inadéquats étant une conséquence des conditions socio-économiques, l'intervention du médecin au niveau du mode de vie est une

entreprise dans le meilleur des cas naïve, dans le pire hypocrite : « Sur la qualité de la vie on n’a pas d’emprise. Comme pourrait-on ? » Ce type de position tend à attribuer au médecin uniquement un rôle diagnostic-curatif et rend le médecin peu réceptif à l’approche Girasole.

3.3. Système social

Quels facteurs du système social ont favori/entravé l’implémentation du projet-pilote Girasole ?

Ce sous-chapitre présente le contexte épidémiologique et culturel dans lequel le projet-pilote Girasole a été mis en œuvre, ainsi que les caractéristiques organisationnelles du secteur de la médecine de famille qui ont joué un rôle dans l’implémentation du projet-pilote.

3.3.1. Les conditions d’émergence du projet-pilote Girasole

Le projet-pilote Girasole a vu le jour grâce à la conjonction de trois facteurs en simultanément : (i) les données statistiques, qui ont montré la nécessité d’une intervention de promotion de la santé au Tessin et l’opportunité de baser cette intervention sur la médecine de famille, celle-ci étant très utilisée par la population (voir chapitre 3.3.2) ; (ii) les stratégies nationales et cantonales sur la prévention et la promotion de la santé, qui ont fourni un cadre de référence pour le projet-pilote et ont renforcé sa légitimité ; (iii) une administration cantonale dotée d’une longue expérience dans la conduite de projets pour la promotion de la santé et motivée à expérimenter des nouvelles approches sur le sujet. Ci-dessous nous détaillons ces aspects.

La nécessité pour le Tessin de trouver d’autres pistes pour la promotion de la santé se base sur le taux tessinois des personnes physiquement « actives », celui-ci étant le plus bas de tous les cantons. Dans l’Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012,⁵⁰ la proportion des personnes physiquement «actives»⁵¹ entre 15 et 64 ans était de 60.8% au Tessin, contre une moyenne suisse de 72.5%. Encore plus important, au Tessin le 21.2% des adultes se déclarait inactifs contre une moyenne suisse de 10.7%.

Le projet-pilote Girasole veut tester la mise en œuvre d’une approche d’intervention qui intègre les approches méthodologiques des programmes « Coaching Santé » et « Paprica ». De par ses caractéristiques, le projet-pilote Girasole s’insère bien dans les politiques de santé suisse et, en particulier, dans la Stratégie nationale « Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017–2024 », comme indiqué dans le box ci-dessous. En même temps, cette stratégie nationale se fonde sur la stratégie Santé2020 approuvée par le Conseil Fédéral en janvier 2013 et qui contient l’Objectif 1.3 « Renforcer la promotion de la santé et la prévention des maladies ».⁵² Enfin, au niveau national le projet-pilote Girasole

⁵⁰ Petrini, L. & Roth, S. (2014). *Rapport de base sur la santé pour le canton du Tessin. Exploitations standardisées des données de l’Enquête suisse sur la santé 2012 et d’autres bases de données*. Obsan Dossier 38. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé ; Stanga, M. (2014). “Come va la vita ?” L’indagine tematica sulla salute 2012 : alcuni risultati per la Svizzera e la Svizzera italiana. *Dati – Statistiche e società*, 14(1): 107-115.

⁵¹ La catégorie de personnes physiquement « actives » regroupe les personnes pouvant être considérées comme irrégulièrement actives, régulièrement actives ou entraînées.

⁵² Voici comment la stratégie fédérale décrit cet objectif : « Au vu de l’augmentation des cas de maladies chroniques, les acteurs publics et privés doivent coordonner et renforcer leurs activités de promotion de la santé, de prévention et de dépistage précoce des maladies afin d’empêcher l’apparition d’autant de maladies que possible ou d’atténuer leurs effets. Ces mesures doivent aussi permettre de diminuer le coût économique lié à une alimentation déséquilibrée, au manque

répond aux objectifs principaux numéro 3 (Promouvoir l'activité physique et le sport) et numéro 5 (Optimiser les offres de conseils et de thérapies) du Programme national alimentation et activité physique 2008-2012.⁵³

Box 1. Le projet-pilote Girasole et les mesures de la stratégie nationale MNT 2017-2024⁵⁴

Le projet-pilote Girasole peut être associé à plusieurs mesures de la Stratégie nationale « Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017-2024 » :

- Groupe de mesures 1. « Promotion de la santé et prévention destinées à la population » :
 - o Mesure 1.1 « Développer la prévention du tabagisme et de l'abus d'alcool ainsi que la promotion de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée » ;
- Groupe de mesures 2. « Prévention dans le domaine des soins » :
 - o Mesure 2.2 « Encourager les projets visant à renforcer la prévention dans le domaine des soins » ;
 - o Mesure 2.3 « Présenter les possibilités de financement des prestations de prévention » ;
 - o Mesure 2.4 « Assurer la formation initiale et continue des professionnels de la santé ».
- Groupe de mesures transversales C. « Monitoring et recherche » :
 - o Mesure C.3 « Évaluer les projets financés ».

Les politiques de promotion de la santé ont une longue tradition dans l'administration cantonale tessinoise. Le service directement en charge de développer ces politiques est le Servizio di promozione e di valutazione sanitaria (SPVS) du Dipartimento della sanità e della socialità. La politique de référence est la « Strategia e programma quadro di prevenzione e promozione della salute Cantone Ticino 2017-2020 »,⁵⁵ qui mentionne aussi le projet-pilote Girasole. L'objectif de celui-ci est : « Le nombre de personnes atteignant le seuil de mouvement actif augmente par rapport à 2012 ». ⁵⁶

3.3.2. Les facteurs facilitant et les facteurs entravant l'implémentation du projet-pilote Girasole

Parmi les facteurs facilitant le projet-pilote, on peut mentionner la position centrale occupée par les médecins de famille au Tessin, ceux-ci jouissant d'une grande légitimité et étant consultés par les patients avec une fréquence élevée. Il vaut aussi la peine de souligner l'importance accordée par la population aux examens préventifs, ce qui pourrait indiquer un certain intérêt et disponibilité à l'égard la prévention en général. Ces aspects pourraient expliquer l'accueil plutôt positif de la part des patients relaté par les médecins participants. Il existe toutefois aussi des facteurs qui ont été moins favorables à la mise en œuvre du projet-pilote. Ceux-ci vont de la faible conscience de son style de vie de la part de la population tessinoise jusqu'à des éléments plus opératifs, tel que les règles de facturation pour les activités de promotion de la santé. Ci-dessous nous détaillons ces différents aspects.

d'exercice, à la consommation exagérée d'alcool, de tabac ou de drogue, mais aussi de limiter la propagation des maladies sexuellement transmissibles et d'augmenter la couverture vaccinale parfois insuffisante (rougeole, etc.). Il convient de renforcer largement la responsabilité individuelle de la population. (...) Il s'agit également d'ouvrir de nouvelles voies en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies » (Office fédéral de la santé publique (2013). *Santé2020. Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral*. Berne : OFSP, p. 8).

⁵³ Office fédéral de la santé publique (2007), *op. cit.*, p. 8.

⁵⁴ OFSP, CDS, PSCH (2016). *Plan de mesures de la Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017–2024*. Berne : OFSP, p. 10.

⁵⁵ Bouvier Gallacchi, M., Beretta, O., Tomada, A. et al. (2017). *Strategia e programma quadro di prevenzione e promozione della salute Cantone Ticino 2017 – 2020*. Bellinzona : Servizio di promozione e di valutazione sanitaria.

⁵⁶ Bouvier Gallacchi et al. (2017), *op. cit.*, p. 45.

Le rôle central joué par la médecine de famille au Tessin est confirmé par l'ESS 2012 :⁵⁷ seulement le 17.8% des adultes tessinois déclare n'avoir consulté aucun médecin au cours des douze derniers mois, contre le 21.6% en moyenne en Suisse. De plus, au Tessin la classe d'âge 50-64 ans – au centre de la population cible du projet-pilote Girasole qui vise la classe 40-75 ans – semble particulièrement 'médicalisée', avec 30.4% de personnes ayant consulté un médecin six fois ou plus au cours des douze mois précédant l'enquête, contre 19.7% en moyenne en Suisse. Les tessinois semblent donc compter beaucoup sur leur médecin de famille et le consulter souvent, deux éléments ceux-ci qui peuvent jouer en faveur du médecin de famille comme acteur clé pour la promotion de la santé et, donc, pour la diffusion de Girasole au-delà de la phase pilote.

Un deuxième facteur qui pourrait jouer en faveur du projet-pilote Girasole est l'intérêt montré par les tessinois pour les examens préventifs. Dans l'ESS 2012,⁵⁸ la proportion des personnes dont la tension artérielle a été contrôlée au cours des douze mois précédant l'enquête était de 80.6% au Tessin contre 74.4% en moyenne en Suisse ; pour le taux de cholestérol, 57.2% contre 43.0% ; pour la glycémie, 59.9% contre 47.5%. On trouve le même résultat pour les dépistages du cancer : la proportion des femmes dès 20 ans contrôlées pour le cancer du col de l'utérus au cours des douze mois précédant l'enquête était de 46.3% au Tessin et 42.1% en moyenne en Suisse ; pour les mammographies, 18.2% contre 14.1%. La proportion d'hommes dès 40 ans contrôlés pour le cancer de la prostate au cours des douze mois précédant l'enquête était de 32.3% au Tessin contre le 25.1% en Suisse. Même si ces examens de prévention secondaire diffèrent de l'approche motivationnelle à la base du projet-pilote Girasole parce qu'ils sont plutôt liés à des actes techniques, ils semblent tout de même montrer une attitude favorable à la prévention de la part de la population adulte tessinoise. Certes, il se peut que l'intérêt de la population tessinoise envers la prévention soit à attribuer à des facteurs exogènes à leur personne, tels que, par exemple, les campagnes de sensibilisation menées ces 20-30 dernières années. On peut toutefois aussi faire l'hypothèse que cette ouverture à la prévention ait constitué un substrat propice à des interventions en lien avec la promotion de la santé au cabinet médical.

Si on passe maintenant aux facteurs entravant le projet-pilote Girasole, le premier est représenté par le fait que les tessinois ne semblent pas avoir une perception correcte de l'impact de leurs comportements sur la santé. Comme nous l'avons vu, le taux d'activité physique est plus bas que dans les autres cantons, mais la proportion des tessinois qui répond oui à la question « Pensez-vous que vous pratiquez suffisamment d'activités physiques pour votre santé? » est la même de la moyenne suisse (62.0% contre 62.9%).⁵⁹ Ce décalage entre les comportements réels et leur perception est confirmé par d'autres informations de l'ESS 2012. Malgré les déclarations sur l'attention portée à la santé ou à l'alimentation, les adultes tessinois semblent avoir des comportements moins bons que la moyenne suisse :⁶⁰ le 18% des tessinois déclare manger moins d'une portion de fruits et de légumes par jour contre une moyenne suisse de 10% ; par rapport à l'item « consommer 1 litre et moins de liquide non alcoolisé par jour » les pourcentages correspondants sont de 37.8% au Tessin et de 29.1% en Suisse ; pour « fumer tous les jours » le pourcentage au Tessin est de 24.5% contre le 20.4% en Suisse ; pour « boire de l'alcool tous les jours » on compte le 23% au Tessin contre le 13% en Suisse.

Le dernier facteur qui a entravé le développement des activités de promotion de la santé par le médecin de famille concerne les règles de remboursement du travail du médecin et la facturation des prestations. Comme première remarque générale, le financement du système de santé suisse – basé sur des caisses

⁵⁷ Petrini & Roth (2014), *op. cit.*

⁵⁸ Petrini & Roth (2014), *op. cit.*

⁵⁹ Pour d'autres informations sur la santé des tessinois basées sur l'Enquête suisse sur la santé 2012 et relatives aux classes d'âge entre 30 et 65 ans (c'est-à-dire presque la population cible du projet-pilote Girasole, qui était entre 40 et 75 ans), voir Bouvier Gallacchi et al. (2017), *op. cit.*

⁶⁰ Petrini & Roth (2014), *op. cit.*

maladie en concurrence – n'est pas orienté à la promotion de la santé et à la prévention primaire. Comme Senn et al. (2016) le disent,⁶¹ « le mode de rémunération de ces activités de prévention devrait être largement repensé, car ces activités médicales impliquent une forte vision populationnelle (...), difficile à valoriser dans un système de paiement à l'acte tel que nous le connaissons actuellement. (...) Une meilleure implication des médecins de famille dans les programmes de prévention pourrait éventuellement augmenter la couverture populationnelle. Le mode de rémunération (par exemple avec une part de financement par capitation) pourrait permettre d'adopter une perspective populationnelle dans les cabinets ». Ces difficultés ont été confirmées par le projet-pilote Girasole. Déjà pendant la formation initiale des médecins et, après, lors des rencontres d'accompagnement organisées par le SPVS et lors des focus groups pour l'évaluation externe du projet-pilote, plusieurs médecins ont demandé comment facturer les consultations. Pour ceux qui utilisaient déjà le coaching la facturation ne semblait poser aucun problème. Pour les autres, les questions concernaient trois éléments, les deux premiers étant de nature technique, le dernier par contre étant plutôt lié au rapport avec le patient.

- Si le coaching allonge le temps de la consultation, est-ce que cela va poser des problèmes avec les caisses maladie ? Cette préoccupation concernait la moitié des médecins participants, même si l'hypothèse à la base du projet – partagée également par ceux qui étaient déjà très actifs dans le coaching – était de ne pas rajouter des activités à la consultation, mais au contraire de remplacer les activités traditionnelles (prendre et noter le poids du patient, etc.) avec le coaching.
- Quelles sont les positions TARMED à utiliser pour facturer le coaching ? A ce sujet les médecins ont développé des opinions – et parfois aussi des pratiques – différentes, malgré les indications générales données par le SPVS (code 00.0510) (cf. le chapitre 3.4.6.).
- Le dernier point, plus fondamental, concerne le rapport médecin-patient. Le coaching demande un changement de rôle et de posture de la part du médecin pendant la consultation : le patient n'est plus l'« objet du traitement » mais il devient le « sujet du traitement », tandis que le médecin se met à l'écoute avec un rôle apparemment beaucoup moins actif. Pour certains médecins ce changement suscitait des soucis quant à la légitimation à facturer ce type d'activité. Le problème n'était pas rationnel (pour tous il était clair que plusieurs professions « restent à l'écoute », comme les psychothérapeutes), mais il était ressenti au niveau émotionnel et symbolique. En plus, plusieurs médecins ont cité la difficulté de facturer les prestations liées à l'entretien motivationnel quand le patient a une franchise haute (et donc il est censé les payer directement et en entier de sa propre poche).

3.3.3. La structure du secteur de la médecine de famille et l'organisation du cabinet médical au Tessin

Pour découvrir quelques caractéristiques de la médecine de famille dans le Canton du Tessin, on peut regarder la statistique médicale de la FMH⁶² et en particulier les médecins catégorisés sous « médecine interne générale » comme discipline principale et actifs principalement dans le secteur ambulatoire.⁶³ A la fin de l'année 2017 les médecins qui répondaient à ces critères d'inclusion étaient 264, dont 188 hommes (71%) et 76 femmes (29%). Comme déjà observé depuis de nombreuses années, cette distribution par sexe

⁶¹ Senn et al. (2016), *op. cit.*, p. 49.

⁶² <http://aerztstatistik.myfmh2.fmh.ch/> (30.5.2018).

⁶³ Cette sélection laisse en dehors de notre analyse les médecins praticiens, les pédiatres et les médecins spécialistes qui ont une autre spécialisation principale, ainsi que les médecins de famille qui ont leur place de travail principale à l'hôpital. Même si limitée, cette analyse nous permet de considérer le noyau central des cabinets de médecine de famille cibles pour projet-pilote Girasole.

change beaucoup en fonction des classes d'âge : les femmes représentent 52% des médecins jusqu'à 44 ans, mais seulement le 20% des médecins de 60 ans et plus.

Un défi majeur pour la médecine de famille, au Tessin comme dans l'ensemble de la Suisse, est la difficulté de la relève et donc la menace d'une prévisible pénurie de médecins. Avec des critères d'inclusion partiellement différents, Egloff et al.⁶⁴ ont identifié 320 médecins de famille au Tessin à la fin de l'année 2010, qui correspondent à l'équivalent de 288 temps pleins. Les auteurs ont estimé que à cause de l'augmentation et du vieillissement de la population, 369 temps pleins seront nécessaires dans l'année 2030, avec une augmentation des effectifs du 28% en 20 ans. En considérant le besoin de remplacer les médecins qui partent à la retraite et en assumant qu'il n'y aura pas de changements majeurs dans la prise en charge des patients, Egloff et al.⁶⁵ estiment que 16 nouveaux médecins de famille seront nécessaires chaque année sur une période de 20 ans (2010-2030). Si on considère que dans la réalité l'effectif des médecins de famille est stagnant, on peut comprendre la pression sur les cabinets, qui peut constituer un obstacle majeur à l'expérimentation de nouvelles approches dans le travail. En d'autres termes, les demandes croissantes de la patientèle réduisent – *coeteris paribus* – le temps de chaque consultation, induisent une attitude réactive de la part des médecins et laissent peu d'espace aux activités de promotion de la santé et de prévention primaire. Cette difficulté a été fortement dénoncée par les médecins participants.

Comme Senn et al. l'ont montré, ces pressions sur la démographie médicale sont expliquées au moins en partie par l'organisation de la médecine de famille (MF) en Suisse, basée « sur un modèle médico-centré où l'ensemble des activités en lien avec les patients (cliniques, sociales, voir administratives) sont gérées et souvent réalisées par les médecins de famille eux-mêmes, parfois en 'tandem' avec des assistantes médicales ». ⁶⁶ Elle est de plus caractérisée par une palette d'activités cliniques large. « Cet état de fait accentue la pression sur une MF pratiquement exclusivement médico-centrée (i.e. centrée sur le médecin 'qui fait tout') et augmente la perception (...) d'une pénurie présente ou à venir », ⁶⁷ même si la densité des médecins de famille en Suisse est plus élevée que, en moyenne, dans les pays européens et la durée hebdomadaire de travail ne semble pas différer largement de la moyenne des autres pays. ⁶⁸ Par ailleurs, les comparaisons internationales montrent une durée des consultations qui en Suisse est relativement longue. ⁶⁹ Si les médecins de famille en Suisse semblent très autonomes dans la prise en charge des patients et donc capables de gérer une large partie de problèmes sans recourir aux médecins spécialistes ou à d'autres professionnels, un travail en équipe pluridisciplinaire – surtout pour la prévention ou le suivi des maladies chroniques – semble devenir une priorité pour la durabilité même de la médecine de famille. « Du fait d'une complexification des prises en charge, une profonde transformation du système de santé s'avère nécessaire et devrait, notamment, impliquer une (...) pratique plus interdisciplinaire », ⁷⁰ et cela tant pour des raisons d'efficacité de la prise en charge que pour des raisons économiques.

La pression sur les médecins de famille, surtout quand le cabinet a un seul médecin (cabinet 'solo'), pose des problèmes opérationnels à des activités de coaching comme celle promues par le projet-pilote Girasole. En fait, les cabinets sont très souvent dans un 'état d'urgence', avec les agendas pleins et beaucoup de

⁶⁴ Egloff, M. et al. (2012). *Medici di famiglia in Ticino: quale futuro?, Rapporto di ricerca su mandato dell'Ordine dei medici del cantone Ticino (OMCT)*. Manno : SUPSI; Egloff, M. et al. (2013). *Quale futuro per la medicina di prossimità in Ticino? Dati – Statistiche e società, 13(1), 73-81.*

⁶⁵ Egloff et al. (2013), *op. cit.*

⁶⁶ Senn et al. (2016), *op. cit.*, p. 6.

⁶⁷ Senn et al. (2016), *op. cit.*, p. 55.

⁶⁸ Senn et al. (2016), *op. cit.*, pp. 28 et 38.

⁶⁹ Senn et al. (2016), *op. cit.*, p. 40.

⁷⁰ Senn et al. (2016), *op. cit.*, p. 12.

patients dans les salles d'attente. Dans ces conditions, proposer une activité de coaching peut représenter un risque pour la planification des consultations principalement pour deux raisons. La première est liée au recrutement du patient auquel proposer le projet. Si le médecin identifie un patient qui semble rentrer dans le public cible pour le coaching, lors du prochain rendez-vous il devra planifier une consultation plus longue, sans toutefois savoir si le patient acceptera cette nouvelle activité de coaching. Dans le cas où le patient refuse, le médecin aura laissé un « trou » dans son agenda. La deuxième difficulté exprimée lors des focus group avec les médecins est la planification de la durée de la session de coaching. Cette activité, plutôt ouverte par nature, est perçue comme peu planifiable et comme un risque pour le médecin, qui sent de ne pas la contrôler autant que les consultations plus traditionnelles. Bien sûr, les deux difficultés sont perçues surtout durant la phase d'apprentissage du nouveau rôle et des techniques du coaching. De plus, cette peur liée à la gestion du temps est plus importante dans un cabinet 'solo' que dans un cabinet de groupe, où le médecin peut demander de l'aide aux collègues pour gérer la liste d'attente ou les urgences.

Au-delà de ses limites, l'organisation traditionnelle de la médecine de famille au Tessin et plus en général en Suisse présente aussi des points de force pour développer des activités structurées de promotion de la santé et prévention primaire comme celles promues par le projet-pilote Girasole. Le libre choix du médecin de famille, la formule organisationnelle du cabinet 'solo', la large autonomie du médecin et la durée relativement longue des consultations sont tous des éléments liés entre eux et qui, ensemble, favorisent une continuité relationnelle et donc une médecine centrée sur le patient plus que sur la maladie. Cette relation, qui « se reflète à travers le taux élevé de satisfaction des patients vis-à-vis de la MF et dans le fait qu'une large proportion des patients considère que leur médecin leur consacre assez de temps », ⁷¹ favorise une connaissance en profondeur du patient par le médecin et le développement d'un rapport de confiance entre ces deux acteurs : conditions idéales, celles-ci, pour une approche individualisée à la promotion de la santé et à la prévention primaire.

Or, de plus en plus de médecins de famille s'installent avec d'autres collègues en cabinets de groupe. ⁷² Même si ce phénomène concerne une partie limitée des médecins de famille tessinois, la tendance est très claire parmi la relève. Les causes, multifactorielles, comprennent les conditions toujours plus complexes et multi-morbides des patients, la spécialisation des compétences, la diminution de la durée de la semaine de travail, ⁷³ la quête d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, etc. Souvent les cabinets de groupe sont gérés par deux ou plusieurs médecins de famille, presque systématiquement aidés par une ou plusieurs assistantes médicales. Moins fréquent est le cas où le cabinet regroupe des médecins de famille et des médecins spécialistes dans une logique multidisciplinaire. Tout autant rare – mais en développement – est le cas des cabinets avec une équipe multi-professionnelle. Or, les cabinets de groupe diffèrent beaucoup en termes de patientèle et division interne du travail et donc il est difficile de tirer des conclusions unitaires. Néanmoins, on peut s'attendre à que cette organisation ait un impact sur la profondeur du rapport médecin-patient. Deux hypothèses découlent de ce constat : cette organisation du cabinet pourrait entraver les chances de succès d'approches d'intervention telles que celle proposée dans le cadre du projet-pilote Girasole ; à l'envers, dans un tel contexte organisationnel l'approche motivationnelle pourrait constituer une opportunité pour favoriser le développement d'une relation de qualité médecin-patient. Ceci vaut autant pour les cabinets réunissant médecin de famille et médecin spécialiste ou autre professionnel, que pour les cabinets réunissant plusieurs médecins de famille qui

⁷¹ Senn et al. (2016), *op. cit.*, p. 56.

⁷² Merçay, C. (2015). *Médecins de premier recours – Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey 2015 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)*. Obsan Dossier 50. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé, p. 25.

⁷³ Merçay (2015), *op. cit.*, p. 26.

travaillent à temps partiel (situation celle-ci favorisée par la possibilité de partager les dossiers médicaux électroniques).

3.3.4. La disponibilité et la connaissance de l'offre d'activités physique dans le Canton du Tessin

Selon les ESS, la proportion des personnes physiquement «actives» dans la population tessinoise entre 15 et 64 ans était de 52.8% en 2002, 54.1% en 2007 et 60.8% en 2012.⁷⁴ Malgré cette augmentation rapide, le Tessin reste nettement en dessous de la moyenne suisse qui en 2012 était de 72.5%.⁷⁵

Pour améliorer cette situation et donner un support aux médecins participant au projet-pilote Girasole, le SPVS a réalisé – dans le cadre du même projet-pilote – un répertoire d'activités physiques disponibles sur le territoire tessinois. Le répertoire décrit 564 activités et 200 parcours à pied ou vélo et constitue une première au niveau cantonal : jusqu'à aujourd'hui le Tessin n'avait pas d'outils de ce type. Le répertoire est divisé en trois volumes, consacrés respectivement aux activités dans la région du Sotto-Ceneri,⁷⁶ aux activités dans le Sopra-Ceneri⁷⁷ et aux parcours piétons et cyclables.⁷⁸ Jusqu'à présent disponible en pdf, il est prévu de le rendre disponible dans une forme web-based pour la consultation online, ce qui favorisera la recherche avec plusieurs filtres. Une copie du répertoire a été livrée à chaque médecin participant au projet-pilote. Bien que sans indicateurs d'impact, ceux-ci se sont dits satisfaits et même très satisfaits de cet outil. Plusieurs médecins ont laissé la copie du répertoire dans la salle d'attente du cabinet et certains patients ont même demandé de pouvoir le consulter chez eux. Certains médecins ont proposé le répertoire au patient à la fin du coaching.

3.3.5. Les leaders de la prévention primaire et de la promotion de la santé au Tessin

Le Tessin a développé des programmes et des campagnes pour la promotion de la santé et la prévention primaire depuis plusieurs décennies. Cette longue expérience a constitué certainement un point de force pour le projet-pilote Girasole. D'autre côté, cette tradition impose à l'administration cantonale et au SPVS de se renouveler sans cesse pour continuer à avoir un impact sur les professionnels de la santé et sur la population. Le projet-pilote Girasole constitue une nouveauté en raison de l'engagement explicite des médecins de famille dans des activités de prévention primaire. La responsable du SPVS s'est engagée directement et sensiblement dans le projet. Avec une longue expérience en tant que médecin de famille, la responsable du SPVS a une connaissance profonde de la pratique du cabinet médical, de la patientèle courante, des difficultés posées par les patients résistant à changer leurs comportements, des sentiments et de la frustration des médecins. Tous ces éléments ont été très utiles pour façonner le projet dès ses origines et pour gagner en légitimité auprès des médecins participant au projet-pilote.

Au sein de l'administration cantonale, le projet a obtenu le soutien du Médecin cantonal et du Dipartimento della socialità e della sanità (DSS). Une lettre, avec l'entête du DSS et signée par le Médecin cantonal, était à disposition des médecins participants pour qu'ils puissent la présenter aux patients à qui ils proposaient l'approche d'intervention. Le projet a par ailleurs été présenté à l'occasion de la conférence de presse départementale du 17 février 2017 concernant le nouveau programme cadre de promotion de la

⁷⁴ Petrini & Roth (2014), *op. cit.*, p. 66.

⁷⁵ Petrini & Roth (2014), *op. cit.*, p. 66.

⁷⁶ https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/SPVS/PDF/Pubblicazioni/Girasole_Activita_Sottoceneri.pdf (30.5.2018).

⁷⁷ https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/SPVS/PDF/Pubblicazioni/Girasole_Activita_Sopraceneri.pdf (30.5.2018).

⁷⁸ https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/SPVS/PDF/Pubblicazioni/Girasole_Percorsi.pdf (30.5.2018).

santé 2017-2020. Du fait qu'il s'agissait d'un projet-pilote, il a été décidé de ne pas communiquer par la suite sur l'état d'avancement des travaux dans le canton.

Depuis ses origines, le projet-pilote Girasole a cherché – et obtenu – le soutien de l'Ordre des médecins du canton du Tessin (OMCT ; www.omct.ch). A travers l'OMCT, le projet a été présenté à l'Association tessinoise médecins de famille (ATIMEF ; www.atimef.ch), qui avec environ 175 membres est un acteur représentatif de la médecine de famille dans le Canton. L'implication de l'OMCT est restée cependant limitée (voir aussi chapitre 3.5.2). Quant à l'ATIMEF, elle a reconnu les crédits à la formation du projet-pilote Girasole pour les médecins participants. Le flux d'informations sur le projet-pilote s'est par contre arrêté à son président, sans parvenir réellement aux autres membres de l'association. Proche au projet dans la réalité, mais sans aucune collaboration formalisée, a été TiPiso (www.tipiso.ch), le groupe tessinois de l'Académie Suisse de Médecine Psychosomatique et Psychosociale (www.sappm.ch), dont plusieurs médecins participant au projet-pilote sont membres.

Le projet-pilote n'a pas cherché le support actif d'autres leaders chez les ligues ou associations actives dans des domaines de pathologie tels que la Ligue pulmonaire ou la Ligue contre le cancer. Une explication possible est la faible liaison entre les objectifs du projet-pilote Girasole (former des médecins de famille à la pratique du coaching motivationnel pour améliorer les comportements de santé des adultes et surtout encourager leur activité physique) et les domaines spécifiques de pathologie des ligues. La deuxième raison est la nature « pilote » du projet.

En général, on peut affirmer que le projet – « pilote » et donc limité en termes de dimensions et durée – n'a pas mobilisé de façon active les leaders de la promotion de la santé ou de la prévention primaire, et n'a pas non plus gagné en visibilité auprès des médecins de famille du Canton, au-delà de ceux qui ont été directement impliqués.

3.4. Processus d'adoption individuelle

Comment les médecins ont-ils implémenté le projet-pilote Girasole dans leur pratique professionnelle ?

Sur les 19 médecins recrutés pour ce projet-pilote, deux ont abandonné après la formation car, bien qu'intéressés par la prévention, ils considéraient l'approche promue par le projet-pilote Girasole incompatible avec l'identité du médecin et utopique dans ses objectifs (voir chapitre 3.1.2). Le contenu de ce sous-chapitre, dès lors, porte uniquement sur les 17 participants qui ont introduit le projet-pilote Girasole dans leur pratique professionnelle entre octobre 2016 et mars 2018.

Une première observation concernant la manière dont les participants ont adopté l'approche promue par le projet-pilote Girasole est la dimension individuelle de l'implémentation : les médecins ont travaillé en solitaire, autant à l'intérieur qu'à l'extérieur du cabinet médical. Les assistantes médicales n'ont quasiment été impliquées dans le projet-pilote⁷⁹ (ce qui a entravé une redistribution des tâches et un éventuel allègement de la charge de travail pour le médecin). De plus, aucun réseau de santé n'a été constitué avec d'autres acteurs présents dans la région (services spécialisés, associations, groupes d'entraide, autres professionnels de la santé, etc.), le territoire étant entré en jeu seulement de façon 'passive', par le biais du

⁷⁹ Quand les assistantes médicales ont été impliquées dans le projet-pilote Girasole, c'était surtout pour des activités considérées moindres, à savoir des activités administratives ou d'identification des patients éligibles.

répertoire des activités physiques (limitant ainsi l'effet incitatif sur le patient). Ces deux aspects n'ont d'ailleurs jamais été évoqués durant les entretiens, comme s'il s'agissait de quelque chose qui ne suscitait aucun intérêt ou réflexion particuliers.

En plus de cette caractéristique générale commune, on constate une diversification importante des manières dont le projet-pilote Girasole a été appliqué. C'est cette diversité l'élément le plus évident qu'il vaut la peine de mettre en exergue ici : de la sélection des patients au type de coaching déployé, en passant par le recrutement et l'organisation du follow-up, les participants ont adapté le projet-pilote Girasole à leurs styles et à leurs pratiques professionnelles. Cette diversité confirme l'un des traits positifs que la plupart des médecins a attribué au projet-pilote Girasole, à savoir sa flexibilité (voir chapitre 3.1.1). D'autre côté, elle pourrait être lue aussi comme une limite, dans le sens que le protocole d'application de l'approche Girasole demeure encore, pour le moment, plutôt vague, ce qui pourrait être en lien avec l'intégration laborieuse des deux programmes à la base du concept Girasole, à savoir Coaching Santé et Paprica (voir chapitre 1.3). Chaque médecin a donc eu la responsabilité d'« inventer » ses propres modalités d'intervention.

Dans les prochaines pages nous allons documenter la diversité des pratiques des participants en ce qui concerne les différentes phases de l'implémentation du projet-pilote Girasole au cabinet. Avant cette partie essentielle du sous-chapitre, nous allons considérer les motivations qui ont poussé les médecins à se lancer dans cette entreprise. Nous allons ensuite conclure avec leurs projections pour l'avenir à la lumière de leur expérience et de leur appréciation du parcours effectué.

3.4.1. Les motivations des médecins

Les 17 médecins participants ont été motivés à adhérer au projet-pilote Girasole par trois arguments.

- *L'amélioration des pratiques professionnelles.* Comme il a déjà été souligné, la plupart des médecins avait développé des formes de promotion de la santé depuis des années. Néanmoins, ils expérimentaient les limites de leur approche et voulaient acquérir de nouveaux instruments, en bénéficiant aussi de l'échange avec leurs pairs : « S'il y a la possibilité d'aller chez quelqu'un qui est en train de faire la même chose [la promotion de la santé], mais qui en plus est structuré et a de l'expérience... je veux y participer. » Leur motivation ultime en participant au projet-pilote Girasole était donc le désir d'être plus efficaces avec leurs patients : « C'était l'occasion d'acquérir une méthode et de donner quelque chose de plus concret au patient. Car des fois je me retrouve à dire : 'Eh oui, vous devriez faire un peu plus d'activité physique', et puis les patients commencent à dire 'eh, mais comment je fais, je n'en ai pas le temps...'. Je me sentais démuné. »
- *Le renforcement du statut professionnel.* Quelques participants ont exprimé un malaise par rapport au statut de médecin de famille, fragilisé selon eux par la confrontation avec des figures de spécialistes de plus en plus pointus : « Le concept de 'généraliste' je ne l'aime pas car je me sens comme si je faisais partie d'une catégorie inférieure. Non ? Cela me dérange, ça me dérange la manière dont l'FMH a géré le tout, la manière dont la société de médecine interne a géré le tout, car nous ne sommes pas... nous avons aussi un FMH, enfin, et en plus tout ce qu'on a fait après... Donc parler de médecin généraliste, il est quand même celui qui est le plus en contact avec le patient, qui peut faire vraiment une intervention directe. » En quête de reconnaissance dans ce contexte compétitif, ces participants ont vu dans le projet-pilote Girasole la possibilité de faire partie d'un projet innovant, soutenu par les institutions et capable de valoriser la spécificité du médecin de famille, à savoir sa relation privilégiée avec le patient : « Je dois avouer que je suis

rentré aussi pour ne pas louper le train. (...) Quand il y a un projet cantonal pour les médecins de famille, moi je suis toujours attentif. (...) C'est un projet qui valorise le rôle du généraliste. »

- *Le maintien des liens avec le SPVS.* Aux deux motivations précédentes s'est ajouté, dans certains cas, le désir de préserver les relations d'amitié et d'estime nouées auparavant avec le SPVS.

3.4.2. La sélection des patients

En choisissant les patients à qui proposer le projet-pilote Girasole, les médecins participants s'exposent à des risques : d'une part, le risque de perdre du temps à expliquer un projet qui peut être rejeté et de devoir facturer tout de même les minutes employées pour la proposition ; d'autre part, le risque de commencer un parcours avec le patient sans être certain de savoir le gérer. Face à ces incertitudes, les médecins ont développé deux modes de sélection des patients à qui proposer le projet-pilote Girasole.

- *La sélection ciblée.* La grande majorité des médecins a choisi les patients de manière réfléchie afin de maximiser les chances de succès : « Je veux investir mon temps et mes énergies attentivement... étant donné que le temps à disposition est limité, j'essaie d'investir là où j'ai le plus de chances de succès. » Apparemment cette stratégie est performante puisqu'ont été reportés très peu de refus d'entrer en matière de la part des patients sollicités (quand cela arrivait les patients se justifiaient en évoquant surtout un problème de « timing » et de « priorités »). Pour « aller au coup sûr » et éviter les problèmes, les médecins veillaient à ce que certaines conditions soient remplies. Celles-ci concernent trois aspects : le patient, le contexte et le médecin.
 - o *Les conditions en lien avec le patient : réceptivité et utilité.* En ce qui concerne la réceptivité, la plupart des médecins tendait à sélectionner les patients qui apparaissaient déjà motivés ou en mesure de prendre des responsabilités par rapport à leur santé : « Je choisis celui qui est prédisposé pour. Et prédisposé signifie quelqu'un qui est déjà un peu motivé. » Ce processus d'identification se base nécessairement sur l'interprétation que le médecin fait du patient : « Plus ou moins tu comprends quand il y a quelqu'un à qui tu peux le proposer, et puis il y en a certains que tu peux lire sur leur visage qu'ils ne veulent pas. » La motivation étant vue comme une condition fondamentale pour proposer le projet-pilote Girasole, certains médecins ont imaginé des stratégies pour l'encourager. L'un d'entre eux s'est montré spécialement créatif : il a introduit dans sa salle d'attente un bouquet de tournesols,⁸⁰ il a affiché la lettre du médecin cantonal présentant le projet-pilote et il a laissé traîner les dépliants informatifs. Tout au long du couloir du cabinet il a affiché d'autres panneaux avec des photos évocatrices ou des mots-clés (« Girasole pour la santé »). Intrigués par ces affiches, plusieurs patients ont fini par poser eux-mêmes des questions. En ce qui concerne l'utilité de l'approche Girasole, l'intervention était proposée si on constatait la présence de facteurs de risque sur lesquels il était possible d'intervenir et dont la réduction pouvait amener des bénéfices remarquables à la personne. Les facteurs de risque concernaient surtout le surpoids, la sédentarité, le tabagisme, le stress ou la consommation incontrôlée d'alcool. On excluait par contre d'office ceux avec une bonne hygiène de vie et ceux dont la santé était déjà gravement atteinte, les premiers parce qu'on jugeait qu'ils n'avaient pas besoin de modifier leur style de vie, les deuxièmes parce qu'on pensait qu'ils avaient d'autres priorités ou que les bénéfices escomptés auraient de toute manière été moindres que les efforts produits.

⁸⁰ Girasole est en effet le mot italien pour tournesol.

- *Les conditions en lien avec le contexte : temps et opportunité.* La plupart des médecins proposait le projet-pilote Girasole seulement après avoir considéré le temps à disposition. Si la salle d'attente était pleine, si on avait déjà accumulé un certain retard, difficilement on proposait cette intervention : « Ça dépend de mon agenda. Parce que si je pars en étant déjà stressé parce que l'après-midi est chargé (...) ça va pas, car je ne parviendrais même pas à le proposer [Girasole] comme il faut. Donc je ne le fais pas. » Quant à l'opportunité, il fallait que le cadre soit perçu comme socialement convenable pour que la proposition du projet-pilote Girasole ne soit pas déplacée. La situation idéale était le check up, celui-ci étant vu comme un moment propice pour thématiser les facteurs de risque, sans compter que lors d'un check up on prévoit normalement plus de temps pour la consultation et que le patient est probablement plus prêt à parler de son mode de vie : « Dans un check up général ils [les patients] sont disposés à en parler. » En dehors du check up, on tendait à proposer le projet-pilote Girasole quand la proposition était pertinente avec le contenu de la consultation, ou bien quand le patient lui-même sollicitait l'offre : « Je le propose à celui qui vient pour cette raison [pour attaquer un facteur de risque]. Par exemple parce que dans les dernières années il a pris 23 kg. Alors je dis : 'Il vient pour cela, je peux le proposer'. Si par contre la personne vient pour une sinusite, même si elle est obèse, non. Sauf si c'est elle qui pose la question. »
- *Les conditions en lien avec le médecin : feeling et crédibilité.* Comme l'approche Girasole requiert un échange discursif important avec le patient, quelques médecins estimaient qu'il fallait qu'ils aient du feeling avec lui pour s'y lancer. « Il faut qu'il soit un patient avec lequel je me sente bien. Parce que nous sommes des êtres humains, il y a des personnes avec lesquelles on a du plaisir à investir plus de temps, par contre il y en a d'autres qui, pour leur manière de faire, donnent moins d'envie. Je peux dire que je traite, j'essaie de traiter tout le monde de la même manière du point de vue de la LAMal, des factures... tous de la même manière. Il faut essayer de faire passer à tous le même message d'attention, mais tu ne peux pas dire que tous les patients sont la même chose. Il y en a de ceux pour lesquels moi, punaise... alors ceux-là, malheureusement pour eux, ont des facteurs de risque qui peut-être doivent être tenus sous contrôle, je leur transmets le message, mais je ne m'évertue pas à les faire rentrer dans le projet Girasole, parce que moi-même je ne suis pas disposé à investir tout ce temps-là. » En ce qui concerne la crédibilité, certains médecins ne se sentaient pas en mesure d'entreprendre certains parcours motivationnels avec le patient si leur mode de vie n'était pas cohérent. C'est le cas, par exemple, du médecin en surpoids qui se sentait mal à l'aise à proposer au patient une activité physique (voir chapitre 3.2.2).
- *La sélection élargie.* Tout en étant consciente des risques de refus et des enjeux rattachés, une petite minorité de médecins a décidé de proposer le projet-pilote Girasole de manière plus systématique, en l'intégrant de manière presque « routinière » dans les consultations. Ce choix était motivé tout d'abord par la conviction que les patients peuvent profiter de l'intervention Girasole même si dans un premier moment ils le rejettent : « Même si le patient refuse d'entrer en matière, cela permet de lancer une graine qui pourrait fleurir plus tard. » Deuxièmement, la sélection élargie se fonde sur la conscience que le médecin peut se tromper quand il détecte la disponibilité du patient. Il pourrait ainsi courir le risque de passer à côté de patients motivés mais qu'il n'a pas détecté comme tels : « Parfois il m'est arrivé (...) je vois le patient qui ne boit pas, ne fume pas, essaie de bien manger, n'est pas obèse, il est déjà à la retraite, donc pas de stress, mais il veut améliorer son activité physique. Alors je lui ai montré [Girasole] et j'ai dit 'je ne pensais pas

que ça pouvait vous intéresser'. Et lui par contre dit 'non ! je veux le faire !' Si on ne dit rien on peut se tromper, donc. »

3.4.3. Le recrutement des patients

Le recrutement est le moment durant lequel le médecin propose le projet-pilote Girasole au patient sélectionné et définit avec lui son projet de santé. C'est une phase délicate, puisqu'elle peut prendre beaucoup de temps en fonction des explications qu'il faut donner, de la réaction du patient et de la nécessité d'expliquer l'étude greffée sur le projet-pilote. Dans ce cas aussi, nous avons observé différentes manières de faire. Chaque médecin avait sa modalité préférée, mais il n'excluait pas l'adoption d'autres manières de faire en fonction de la situation et du patient qu'il avait en face.

- *Le recrutement préparé.* Certains médecins ont pris la liste de leurs patients, ont identifié ceux qui auraient pu participer au projet-pilote Girasole et l'ont communiqué à l'assistante médicale afin qu'elle en tienne compte au moment de la prise de rendez-vous, par exemple en prévoyant des consultations plus longues, ou bien en insérant ces rendez-vous à la fin de l'après-midi. D'autres ont mis en place une stratégie similaire, mais moins extrême : ils ont commencé leur semaine en regardant l'agenda, ils ont sélectionné les patients et ils les ont signalés à l'assistante médicale pour qu'elle adapte l'agenda en conséquence autant que possible. Cette préparation du recrutement permettait d'anticiper les situations et de les aménager : « Dans l'agenda d'un médecin généraliste tu n'arrives pas à faire ce travail [proposer le projet-pilote Girasole durant la consultation habituelle]. C'est impossible. Moi je me suis fait une liste. Je voyais par exemple que Madame X arrivait et j'ai prévu un rendez-vous plus long. J'ai rallongé, oui, j'ai rallongé. Mais c'est indispensable, sinon tu n'y arrives pas. C'est impossible à mon avis de parler de prévention, non, tu ne peux pas y arriver. Pour lui [patient] faire comprendre de quoi il s'agit, qu'est-ce qu'il doit faire et présenter le projet il faut du temps. » Anticiper le recrutement consentait de planifier, mais cette stratégie exigeait l'investissement d'un certain temps pour tout organiser : « Déjà le temps de m'installer et regarder qui pourrait être un candidat, cela signifie faire passer l'agenda de toute la semaine, et cela prend du temps. »
- *Le recrutement improvisé.* Certains médecins tendaient à faire coïncider le moment de la sélection avec celui du recrutement. Ainsi ils choisissaient le patient et lui proposaient le projet-pilote Girasole durant la même consultation. Cela impliquait d'interpréter sur le moment la situation, avec le risque d'être pris au dépourvu. « Je l'ai proposé comme ça, dans la consultation, parce que l'occasion s'est présentée. Bon, je regardais la montre pour voir où j'en étais » Normalement les recrutements improvisés ont eu lieu dans le cas de patients qui se rendaient chez le médecin pour un check up.
- *Le recrutement différé.* Dans certaines situations les médecins ont présenté le projet-pilote Girasole au patient et, en cas de manifestation d'intérêt, lui ont proposé de prendre un rendez-vous ultérieur consacré uniquement au projet-pilote. Dans ce cas, on assistait à un dédoublement de la consultation, la deuxième étant consacrée exclusivement au recrutement. Cela arrivait normalement quand le patient consultait pour une raison précise (une fracture, une sinusite, etc.).

3.4.4. L'organisation du follow-up

Selon le protocole général du projet-pilote Girasole, le médecin devrait rencontrer le patient 2-4 fois après son recrutement. Or, l'organisation de ces réunions n'est pas aisée. Si la consultation de follow-up prend en

soi moins de temps que le recrutement (selon l'opinion des participants), il faut tout de même décider quel statut lui attribuer : le follow-up doit-il occuper une partie de la consultation habituelle ou être une consultation en soi ? Et faut-il qu'il soit sollicité par le médecin ou par le patient ? Par rapport à ces aspects, plusieurs manières de faire ont été observées. Dans ce cas aussi, les participants ont développé chacun sa modalité privilégiée, mais ils n'excluaient pas d'autres options si la situation l'exigeait.

- *Le follow-up spécifique.* Une fois le patient recruté, certains médecins fixaient l'entretien successif de l'intervention Girasole sans se soucier de le coupler avec une autre activité médicale. Ils faisaient donc le choix de mettre le projet-santé du patient au centre de la rencontre. Ils se sentaient légitimés de facturer une consultation entière comme activité de prévention, en reconnaissant le sérieux du projet-pilote Girasole et la valeur de leur expertise. Pour certains, cela n'enlevait pas l'embarras de convoquer le patient uniquement pour le coaching : « J'ai de la peine à dire à une patiente de revenir au cabinet, mais si tu as des objectifs et tu demandes au patient de revenir après trois mois pour les évaluer, c'est normal de le faire. Mais le fait de l'obliger était embarrassant. » Souvent les patients annulaient le rendez-vous successif, peut-être pour des raisons économiques (« certains n'ont pas envie de payer une consultation seulement pour discuter avec le médecin »), psychologiques (« à mon avis le patient annule quand il n'a pas réussi à atteindre son objectif ») ou pour une baisse physiologique de l'enthousiasme (« avec le temps ça devient plus difficile, à mon avis plus tu avances avec les consultations et plus l'enthousiasme du patient diminue et ça l'embête de venir, en effet les rendez-vous annulés à la troisième consultation en lien avec Girasole ont été nombreux »). Pour faire face à ces défections, certains participants ont volontairement planifié un nombre très réduit de consultations de follow-up. Un médecin en particulier a développé ce qu'il a nommé avec humour « le modèle Primevère » ou le « Girasole light » : « Peut-être c'est l'une des raisons [la baisse d'enthousiasme] pour lesquelles j'ai décidé de faire mon propre 'modèle Primevère' à moi : raccourcir le tout, expliquer et contrôler une fois, et puis renvoyer au check up de l'année prochaine pour voir s'il [le patient] a continué à faire quelque chose ou pas. »
- *Le follow-up intégré.* D'autres médecins préféraient intégrer le follow-up à l'intérieur des consultations traditionnelles. Ils prévoyaient par exemple de revoir le patient pour refaire des contrôles et ils profitaient de la même occasion pour discuter de l'avancement du projet-santé : « Par exemple, quelqu'un est venu, a fait les analyses du sang, et je lui ai dit : 'Ok, alors la prochaine fois nous discutons des analyses du sang et puis on parle aussi de cela [Girasole], si vous êtes d'accord'. » Or, si d'une part cette solution permettait d'intégrer le follow-up dans la consultation habituelle, d'autre part elle en rallongeait la durée : « Quand nous faisons le check up annuel, avec les analyses de laboratoire et tout le reste, on parle déjà de mode de vie, donc je ne peux pas donner un autre rendez-vous. Mais j'ai de la peine avec les temps... [Pour discuter tout selon l'intervention Girasole] j'aurais besoin d'un quart d'heure en plus que je n'ai pas. » Le risque, dans ce cas, est d'accélérer excessivement la conversation.
- *Le follow-up spontané.* Quelques médecins ont délégué l'initiative de l'entretien successif au patient lui-même. On ne donnait donc aucun rendez-vous de contrôle. Cela permettait au médecin de se décharger de la responsabilité de la planification du follow-up. Force est de reconnaître, toutefois, que souvent la personne ne revenait pas.

3.4.5. Le coaching déployé

Durant le coaching le médecin est appelé à s'investir dans une interaction singulière avec le patient : il est censé lui laisser l'initiative de définir ses objectifs de santé, après l'avoir invité à se situer par rapport à son mode de vie et à identifier ses préférences, ses difficultés et ses ressources. Par la suite il doit l'accompagner dans son processus de changement en l'écoutant activement, en suspendant toute forme de jugement, en encourageant l'expression de son vécu, en l'aidant à lire ses ambivalences, en valorisant ses efforts. Cette approche centrée sur le patient a donc trois caractéristiques majeures : elle met l'accent sur la santé plus que sur la maladie ; elle opère une sorte d'échange de rôles, en transformant le patient d'objet de soin à sujet agissant de manière autonome ; elle convertit l'alliance asymétrique habituelle entre les deux acteurs en une collaboration partenariale.

Malgré les expériences précédentes de promotion de la santé, la plupart des médecins participants trouvait cette forme d'interaction relativement inhabituelle. L'apprentissage était rendu difficile par une sorte d'inertie due à la routine. Néanmoins, tout le monde a essayé d'appliquer le projet-pilote Girasole en interprétant à sa manière les consignes et en développant son propre style de coaching. Ainsi à travers l'analyse des entretiens il a été possible de détecter trois manières de s'adonner à cette activité.

- *Le coaching expert.* Une petite minorité de participants jouissait d'une bonne expérience dans l'entretien motivationnel. Ceux-ci se sentaient à l'aise avec le nouveau rôle et se comportaient de manière très professionnelle : ils utilisaient les outils à disposition et maîtrisaient les questions ouvertes, ils ne perdaient pas le contrôle de la consultation et parvenaient à gérer les temps du coaching de manière à leurs yeux satisfaisante.
- *Le coaching amateur.* Un nombre important de médecins a été séduit par le projet-pilote Girasole et par l'approche centrée sur le patient en général, sans toutefois arriver à l'implémenter de manière satisfaisante à leurs yeux. « Beau et impossible » est le slogan qui est ressorti dans l'un des focus groups de la campagne initiale, en mettant l'accent surtout sur le problème de la gestion de l'entretien. Ces médecins pensaient qu'ils ne maîtrisaient pas suffisamment l'entretien motivationnel, faute d'expérience et de formation. En abandonnant la position directive à l'égard du patient, ils avaient peur de perdre le contrôle de la consultation, de ne pas savoir faire face à l'émotivité du patient et de ne pas rester dans les temps. Pour gérer ces difficultés, ils avaient la tendance à privilégier la sélection ciblée. Cela ne leur empêchait pas, néanmoins, de laisser excessivement traîner certaines conversations avec leurs patients et de glisser vers une certaine psychologisation de l'entretien : « Je lui ai demandé 'est-ce que vous aimeriez faire quelque chose pour votre santé ?' et le patient c'est mis à pleurer. Et là c'est des quarts d'heures et des quarts d'heures qui partent, tu vois. »
- *Le coaching personnalisé.* Quelques participants reconnaissaient l'intérêt du projet-pilote Girasole, sans toutefois être disposés à y adhérer entièrement. Ils estimaient que le projet-pilote Girasole était utile surtout pour les médecins « qui ne savent pas parler avec le patient » et qui donc nécessitaient qu'on leur explique comment interagir. Quant à eux-mêmes, ils pensaient avoir déjà des compétences relationnelles et estimaient avoir des bonnes relations avec leurs patients. Le projet-pilote Girasole leur a été utile surtout pour acquérir quelques outils et techniques supplémentaires, mais il était loin de fournir un cadre d'action auquel se tenir. Ces médecins bricolaient leur propre manière de faire en s'appuyant sur leur style habituel et sur certains outils du projet-pilote Girasole. Ils revendiquaient l'importance d'être authentiques et spontanés, en s'adaptant à chaque situation et en acceptant de dévier de l'approche motivationnelle s'ils le jugeaient nécessaire : « Le concept est juste, il est intelligent, il a du sens, mais il ne faut pas le suivre de manière sectaire ou mécanique. Parce que cela ne fonctionnerait pas. (...) C'est un

instrument partiellement utile si quelqu'un parvient à faire un peu à sa tête. Il doit être personnalisé. » Ce qui était mis en avant est la personnalité du médecin, son charisme, sa capacité à entrer en relation de manière différenciée : « A la fin le patient il me suit moi, pas le programme. » Concrètement ces médecins ont fait une sorte de coaching hybride, supporté par certaines techniques de l'approche motivationnelle (questions ouvertes, reformulation, etc.) auxquelles ils ont ajouté le conseil, la persuasion, l'argumentation, parfois même l'injonction, s'ils avaient le sentiment que le patient pouvait en bénéficier.

3.4.6. La facturation des prestations

La facturation pose deux types de problèmes.

- *L'impact sur la relation entre patient et médecin.* Même s'ils acceptaient le concept de promotion de la santé proposé par le projet-pilote, quelques médecins – notamment les moins habitués aux techniques de l'entretien motivationnel, voire ceux qui n'étaient pas assez entrés dans le rôle de coach – n'étaient pas à l'aise à facturer une prestation basée sur l'écoute et ne prévoyant aucun geste typiquement clinique. Ce sentiment de 'manque de légitimité' était encore plus présent quand le patient devait payer directement la consultation parce qu'il avait une franchise élevée.
- *Le choix de la codification tarifaire.* Pendant la formation initiale et le premier cycle de focus groups, plusieurs médecins ont soulevé la question de la facturation et demandé des instructions à ce propos. L'indication fournie par le SPVS était d'utiliser la position tarifaire TARMED 00.0510 (Consultation spécifique par le spécialiste de premier recours, pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans, par période de 5 min). Si certains médecins ont adopté cette position, d'autres ont par contre fait recours à la 00.0520 (Consultation psychothérapique ou psychosociale par le spécialiste de premier recours, par période de 5 min). Il vaut la peine d'observer, toutefois, que la position 00.0520 peut représenter un élément critique pour le patient, celui-ci pouvant ne pas apprécier d'être associé à une problématique psychothérapique ou psychosociale.

3.4.7. Les projections

Les différentes phases d'application du projet-pilote Girasole dans le cabinet médical posent un certain nombre de problèmes : la sélection doit tenir compte des risques du coaching ; le recrutement requiert un temps considérable ; le follow-up oblige à se questionner sur le statut des consultations successives ; le coaching demande à développer son propre style de gestion de l'interaction avec le patient. Face à ces difficultés, les participants ont trouvé chacun sa modalité d'y faire face et ont développé leur manière de faire. Ainsi à la fin de la phase d'implémentation du projet-pilote tous, au fond, ont manifesté une attitude assez bienveillante envers le projet-pilote Girasole, et certains se sont même déclarés enthousiastes.

Par rapport au parcours effectué, les participants ont apprécié la formation initiale (en particulier les jeux de rôle avec les acteurs professionnels) immédiatement après y avoir participé. A la fin du projet-pilote toutefois un certain nombre d'entre eux a reconnu la nécessité de se former ultérieurement à l'approche motivationnelle, probablement après en avoir constaté la difficulté de réalisation. Il vaut la peine de remarquer, toutefois, que le désir de cours supplémentaires ne fait pas l'unanimité : certains médecins estiment qu'ils ont appris suffisamment pour leurs nécessités professionnelles. Ils ont apprécié de connaître les bases de l'entretien motivationnel pour avoir plus d'outils à disposition. Ils pensent continuer à les utiliser, mais n'envisagent aucune formation supplémentaire : « Je suis quelqu'un de simple, je suis quelqu'un qui aime travailler avec les personnes, j'aime bien cela. Je ne veux devenir ni un philosophe ni un

psychologue (...). Il me semble que ce qu'on a reçu est déjà suffisant. (...). Ce que j'ai reçu me suffit pour agir. Certainement je pourrais m'améliorer mais... c'est intéressant l'entretien motivationnel, je suis certain qu'il vaudrait la peine de le comprendre encore mieux, mais moi je suis quelqu'un de simple, je suis un ouvrier de la médecine, pas un philosophe. (...). Plus que ça j'aurais de la peine. »

Les autres outils mis à disposition par le SPVS ont eux aussi bénéficié d'une évaluation positive. Le répertoire des activités physiques a été considéré précieux parce qu'il rassemble de nombreuses suggestions concrètes que l'on peut offrir au patient. Les feuilles de travail (le cible en particulier) ont été appréciés pour leur soutien dans la structuration du discours, dans la visualisation des difficultés et des ressources et dans la clarification des objectifs : « Le cible est excellent car il permet au patient de voir ses problèmes et non pas de les entendre énumérer par le médecin. » Cette visualisation pourrait avoir un effet motivationnel en soi : « Il voit [le patient] noir sur blanc, ou mieux encore : coloré sur blanc, car il se dit 'zut, j'ai deux rouges, deux jaunes et seulement deux verts, peut-être il faut que je m'y mette'. » Quant à l'accompagnement du SPVS, il a été considéré utile (car il offrait la possibilité de partager ses expériences avec d'autres collègues) et approprié (en termes d'effort demandé), bien que toute activité supplémentaire soit vécue par les médecins participants comme extrêmement lourde en raison de leur agenda remplie.

Par rapport à l'avenir, la plupart des participants pense qu'elle va continuer à implémenter l'approche Girasole dans sa pratique professionnelle. Même, elle pense qu'elle va le faire plus facilement et plus librement en raison la disparition de l'apparat d'évaluation externe, celui-ci ayant constitué, pour beaucoup, un élément perturbateur.

3.5. Système de diffusion

Comment le projet-pilote Girasole at-il été conçu et géré ?

3.5.1. Étapes et activités principales de la conception et de la mise en œuvre du projet-pilote Girasole

Le tableau ci-dessous, basé sur les documents de projet, sur notre activité d'observation directe et sur l'entretien mené avec le SPVS, présente les étapes principales du projet-pilote Girasole.

Tableau 4. Activités du projet-pilote Girasole

Phases et activités/ <i>milestones</i>		Date/ période
Conception et planification du projet	Présentation de l'avant-projet Girasole au Conseil Directif de l'OMCT et première rencontre groupe de travail SPVS, OFSP, Coaching Santé et Paprica	Février – Mars 2014
	Mandat préliminaire pour l'élaboration du projet	Juillet 2014
	Demande de financement à l'OFSP et acceptation	Novembre 2014
	Élaboration de la théorie d'action avec OFSP, CEESAN	Janvier – Octobre 2015
	Approbation du financement par le Conseil d'État et mandat de coordination au SPVS	Février 2015
Préparation opérationnelle	Adaptation matériaux de Coaching Santé et Paprica	Août 2015
	Formation des quatre médecins formateurs	Septembre – Décembre 2015
	Recrutement des seize médecins participants	Octobre 2015 – Février 2016
	Formation des seize médecins participants	Septembre 2016

Intervention	Début expérimentation/phase d'intervention auprès des patients	Octobre 2016
	Remise répertoire activités physiques aux médecins (1 ^{ère} édition)	Novembre 2016
	1 ^{ère} séance d'accompagnement des médecins par le SPVS	Décembre 2016
	2 ^{ème} séance d'accompagnement des médecins par le SPVS	Mai 2017
	Formation des médecins participants sur la gestion du stress	Août 2017
	3 ^{ème} séance d'accompagnement des médecins et pré-clôture du projet-pilote par le SPVS	Décembre 2017
	Fin expérimentation/Fin de la phase d'intervention auprès des patients	Janvier – Mars 2018

Le premier groupe d'activités inclut la conception et la planification du projet-pilote. A l'origine de celui-ci il y a eu l'intérêt du SPVS et le soutien du Dipartimento della sanità e della socialità du canton du Tessin, la disponibilité d'expériences déjà développées en Suisse (Coaching Santé et Paprica) et l'intérêt de l'OFSP (notamment dans le cadre du Programme national alimentation et activité physique). Le SPVS a cherché rapidement la collaboration de l'OMCT, acteur clé dans le secteur médical et de la médecine de famille au niveau cantonal.

Après l'approbation des mandats par le canton du Tessin et par l'OFSP, pendant 2015 un groupe formé par des représentants du SPVS et de l'OFSP, avec le soutien de représentants de Coaching Santé et de Paprica (ces deux derniers rattachés au Collège de médecine de premier recours CMPR) ont travaillé à l'élaboration d'une théorie d'action pour le projet-pilote, y compris à la proposition d'indicateurs en vue de son évaluation. La coordination de ce travail et la rédaction du document final a été mandaté par l'OFSP au CEESAN de l'IUMSP de Lausanne. Une première version de la théorie d'action a été élaborée en avril 2015 et une version révisée en novembre 2015.⁸¹

Le deuxième groupe d'activités a eu pour but la préparation opérationnelle du projet-pilote avec le recrutement et la formation des médecins formateurs, la traduction et l'adaptation des matériaux et des outils dérivés par les projets Coaching Santé et Paprica, la préparation d'une brochure pour les patients, le recrutement des médecins participants et, enfin, leur formation. La première édition du répertoire des activités physiques disponibles dans le canton a été publiée en octobre 2016 et remise aux médecins participants en début novembre 2016, c'est-à-dire au début de la phase d'intervention introduisant le coaching dans les cabinets.

Quatre médecins ont été désignés comme formateurs. La sélection de trois d'entre eux a été gérée par le SPVS sur la base de la motivation des médecins et de leur expérience dans la promotion de la santé, la prévention primaire et l'approche motivationnelle. Le quatrième médecin a été identifié par l'Ordre des Médecins du Canton du Tessin. Après avoir participé aux premières activités à partir de 2014, celui-ci a quitté le projet-pilote précocement pour des raisons personnelles et n'a pas participé à la formation des médecins en septembre 2016 (voir aussi chapitre 3.5.2.). La collaboration entre SPVS et OMCT s'est affaiblie et a quasiment disparu après ce départ. Ceci n'a toutefois pas eu de conséquences sur la mise en œuvre concrète du projet-pilote Girasole.

Les trois médecins formateurs restants travaillent au moins partiellement dans un cabinet privé comme médecin de famille. Le premier médecin, avec formation en médecine psycho-sociale, est très actif comme tabacologue et déjà expert de techniques motivationnelles. Le deuxième, intéressé lui aussi par la tabacologie, a un master en santé publique et travaille aussi comme médecin scolaire. Le dernier travaille à l'hôpital comme médecin nutritionniste. Il est évident que ces formateurs ne représentent pas la condition et les intérêts typiques des médecins de famille tessinois mais, au contraire, ont été sélectionnés en raison

⁸¹ Simonson & Bize (2015a, 2015b), *op. cit.*

de leur motivation, intérêt et compétences en dessus de la moyenne. Après avoir agi comme médecins formateurs, ils ont participé avec les autres médecins à la phase d'intervention du projet-pilote.

La sélection des médecins participant à la phase pilote du projet a été gérée principalement par la responsable du SPVS, médecin FMH en médecine interne générale et avec une expérience de 20 ans comme médecin de famille. La connaissance du secteur a permis à la responsable du SPVS d'identifier des collègues motivés et fiables.

La formation des médecins participant au projet-pilote a eu lieu le 16 septembre 2016 (8h45 – 18h00 plus dîner) et le 17 septembre (8h45 – 12h45) dans les locaux du Centre sportif national de Tenero. La formation a été reconnue par l'ATIMEF/SGAIM (Società Suisse de Médecine Interne Générale) avec 11 crédits et par l'ASMPP (Académie Suisse de Médecine Psychosomatique et Psychosociale)⁸² avec 11 crédits. La formation était gratuite pour les médecins participants. Les intervenants étaient la responsable du SPVS, le collaborateur scientifique du SPVS et coordinateur du projet-pilote Girasole, un spécialiste de médecine du sport SSMS et les médecins formateurs du projet-pilote. Les séances de simulation des entretiens motivationnels ont bénéficié du support de deux acteurs professionnels qui jouaient le rôle du patient.

Les contenus de la formation peuvent être regroupés dans les catégories suivantes :

- Mise-à-jour des évidences relatives à l'impact de la sédentarité sur la santé ;
- Théorie et pratique de l'entretien motivationnel par le médecin de famille ;
- Informations, documents et instruments pour la phase d'intervention du projet-pilote et pour son évaluation externe.

La formation a été appréciée par les médecins participants, notamment les jeux de rôles avec les acteurs.

Le troisième groupe d'activités a été caractérisé par l'intervention sur les patients. Le recrutement des patients aurait dû se dérouler durant six mois, entre octobre 2016 et mars 2017, alors que l'intervention auprès des patients (à savoir, les entretiens motivationnels avec le support des feuilles de travail conçues pour le projet) aurait dû se prolonger pendant les six mois successifs. La conclusion de l'intervention auprès des patients recrutés pour le projet-pilote, initialement prévue pour octobre 2017, a été reportée à mars 2018 pour augmenter le nombre de patients recrutés et laisser une période maximale de douze mois après la fermeture de la phase de recrutement du 'dernier' patient.

3.5.2. Implication des acteurs-clé, collaboration et répartition des tâches pendant le projet-pilote

Le projet-pilote Girasole a bénéficié d'un comité de pilotage composé par des représentants de l'OFSP (Division Prévention des maladies non transmissibles) et du DSS du canton du Tessin (Servizio di promozione e di valutazione sanitaria). L'implémentation du projet-pilote a été assurée par le SPVS. Enfin, le projet-pilote a bénéficié du soutien de l'OMCT (partenaire extérieur), ainsi que du Collège des médecins de premier recours⁸³ et des médecins formateurs (groupe d'accompagnement).

La mise en œuvre de la phase pilote est restée toujours sous le contrôle du SPVS et en particulier de sa responsable et du coordinateur du projet-pilote Girasole. En plus des réunions de coordination, entre janvier et mai 2015 le SPVS a organisé trois réunions pour développer la théorie d'action du projet avec l'OFSP et l'IUMSP de Lausanne ; il a préparé et organisé la formation du 27 avril 2015 pour les quatre médecins formateurs avec la collaboration du CMPR ; il a rédigé le répertoire des activités physiques disponibles sur le territoire cantonal ; il a recruté les médecins participant au projet-pilote ; il a organisé et

⁸² Le groupe régional de l'ASMPP est le TiPiso (Gruppo Ticinese di Interesse in medicina psicosomatica e psicosociale).

⁸³ Représenté par des acteurs des programmes Paprica (Romandie) et Coaching Santé (Suisse allemande).

géré leur formation du 16 et 17 septembre 2016 et les trois séances d'accompagnement pendant la phase d'intervention. Les médecins participants ont jugé le suivi du projet-pilote par le SPVS attentif, professionnel et disponible pendant tout le déroulement du projet-pilote.

La définition de la théorie d'action et des indicateurs en vue de l'évaluation du projet, confiée au CEESAN de l'IUMSP de Lausanne, a représenté un effort important de conceptualisation. Les ateliers organisés en janvier, mars et octobre 2015 entre IUMSP, SPVS, OFSP et les représentants de Coaching Santé et Paprica, ont permis de développer en profondeur les activités prévues dans le projet-pilote et dans son évaluation, les outputs et outcomes attendus, ainsi que les indicateurs pour en mesurer les résultats. De plus, pour chaque activité du projet-pilote la théorie d'action a défini l'acteur censé s'en assumer la responsabilité et les inputs (théories, données, ressources, collaborations, etc.) nécessaires.⁸⁴ Malgré ce travail important, le déroulement réel du projet-pilote n'a permis de retenir qu'une petite partie des indicateurs définis en 2015.

Les programmes Coaching Santé et Paprica sont à la base du projet-pilote Girasole en ce qui concerne l'approche motivationnelle, le focus sur la promotion de l'activité physique adaptée et les outils utilisés par le médecin avec le patient. Cependant, le comité de pilotage (SPVS, OFSP) a eu de la peine à mettre en commun les approches et les matériaux Coaching Santé et Paprica, et, ensuite, les contenus de la théorie d'action.

Le SPVS a sollicité la collaboration avec l'OMCT très rapidement dans le but d'aménager les relations avec les caisses maladie, récolter les données nécessaires à l'évaluation économique, promouvoir le projet auprès des médecins du canton et obtenir un soutien logistique (locaux pour rencontres, etc.). En échange, le projet pouvait représenter pour l'OMCT une occasion pour renforcer le rôle des médecins dans la promotion de la santé et pour récolter des données utiles en vue des négociations autour du système TARMED avec les caisses maladie. Grâce à la collaboration avec l'OMCT il a été possible aux médecins participants de facturer les activités en lien avec le projet-pilote Girasole. Au-delà de cette première acquisition et malgré le potentiel d'avantages mutuels, la collaboration a perdu beaucoup d'élan au cours du temps, notamment après l'abandon du projet-pilote de la part du médecin désigné par l'OMCT (le médecin a quitté le projet-pilote pour des raisons personnelles après avoir participé aux rencontres pour le développement de la théorie d'action et après avoir participé, en avril 2015, à la formation pour être l'un des quatre formateurs du projet-pilote). Par la suite, les contacts entre SPVS et OMCT ont été rares et tous motivés par l'évaluation économique qui aurait dû être financée par le SPVS et réalisée par SUPSI. Le manque de données suffisantes a invalidé cette option, et une fois que le SPVS a décidé d'arrêter cette activité, la collaboration avec l'OMCT a cessé.

Un deuxième acteur médical collectif impliqué dans le projet au niveau cantonal a été l'ATIMEF, qui s'est déclaré très intéressé à la promotion de la santé. Comme dans le cas de l'OMCT, l'ATIMEF a joué un rôle très marginal dans le projet-pilote, sa collaboration s'étant limitée à reconnaître des crédits à la formation des médecins.

En général, au niveau cantonal il y a eu peu d'échanges autour du projet-pilote Girasole parmi les acteurs locaux du système sanitaire (cf. par exemple – en plus de l'OMCT et de l'ATIMEF - les associations des patients ou les ligues, etc.). Ceci est le fruit d'un choix délibéré du SPVS, qui a concentré ses efforts, durant la phase d'expérimentation, sur l'implémentation du projet-pilote auprès des médecins participants.

⁸⁴ Simonson & Bize (2015a et 2015b), *op. cit.*

3.5.3. La sélection des médecins participants

Comme nous avons déjà observé (voir chapitre 2.2.2.), la grande partie des médecins participants a été sélectionnée principalement sur la base de contacts personnels avec le SPVS (et surtout avec sa responsable), de leur intérêt pour la promotion de la santé et de leur expérience professionnelle dans le domaine. Le recrutement a inclus aussi deux médecins qui ont quitté le projet-pilote après la formation de septembre 2016. Même si ces deux médecins n'ont pas contribué à la phase d'intervention auprès des patients, leur témoignage a été précieux parce qu'il a fourni des éléments importants qui n'auraient pas pu émerger d'un groupe de médecins qui, à part eux, partageaient une forte motivation pour l'approche motivationnelle. Cette absence de voix 'critiques' a constitué une limitation pour l'évaluation externe du projet-pilote.

3.5.4. Les ressources mises à disposition pour le projet-pilote Girasole

Les ressources mises à disposition du projet-pilote ont été en général cohérentes avec ses objectifs. Le projet-pilote a été soutenu par un éventail très riche de compétences (SPVS, OFSP, CMPR, CEESAN Lausanne, etc.), mobilisées de façon complémentaire.

En termes financiers, le soutien du DSS (administration cantonale) et de l'OFSP a été suffisant pour faire face aux coûts internes de coordination et d'administration, aux coûts de préparation et rédaction du répertoire des activités physiques, aux coûts de réalisation des formations, ainsi qu'aux coûts de collaboration avec le CMPR et le programme Paprica, l'IUMSP de Lausanne : les acteurs que nous avons rencontrés n'ont jamais mis en évidence des difficultés sur ce sujet. Cependant, la longue période de conception, réalisation et évaluation externe – au total, quatre ans et demi – a absorbé beaucoup d'énergies et a mis sous pression les budgets et les prévisions initiales. Quant aux ressources mises à disposition pour l'évaluation externe, elles ont été sous-estimées, surtout à la lumière – pour ce qui concerne les activités réalisées par SUPSI – de la difficulté de planification des focus groups avec les médecins participants.

Dans ce panorama en général satisfaisant, le problème majeur a concerné les médecins participants. Ceux-ci ont adhéré parce qu'ils étaient motivés et intéressés, mais l'engagement qui leur a été demandé a été, de leur point de vue, sous-évalué. Dans le cadre de leur participation, ils ont dû suivre la formation initiale, se rendre aux réunions d'accompagnement organisées par le SPVS et aux focus groups prévus par SUPSI. De plus, participer de façon active au projet-pilote impliquait la réalisation de plusieurs activités au cabinet, y compris informer l'assistante médicale, réorganiser le plan des consultations et suivre toutes les tâches prévues pour l'évaluation conçue par Interface. Malgré le support important offert par le SPVS tout au long du projet-pilote, les médecins participants ont jugé la charge de travail excessive et illégitime. Cela était le cas surtout si la charge de travail allait empiéter sur leur vie privée et sur le temps qu'ils avaient planifié de consacrer à leur famille. Le fait que l'implication des médecins participants dans le projet-pilote Girasole se soit déroulée sur une base fondamentalement volontaire et informelle a permis une adhésion parfois peu systématique aux activités prévues par le protocole du projet-pilote Girasole.

4. Les médecins participants au projet-pilote Girasole : proposition de taxonomie

La lecture des entretiens à la lumière de la théorie de la diffusion de l'innovation de Dearing a permis de mettre de l'ordre dans la complexité des données, en identifiant celles significatives pour l'évaluation. De cette analyse émerge le rôle crucial des médecins de famille. En effet plusieurs criticités ont été relevées tout au long du processus de mise en œuvre du projet-pilote Girasole par les médecins, notamment la charge de travail, la pression du TARMED, la lourdeur de l'apparat d'évaluation externe du projet-pilote, le coût du coaching pour le patient, le retour financier modeste pour le médecin, les difficultés d'organisation, le manque d'implication des assistantes médicales, le soutien limité des associations professionnelles (OMCT, ATIMEF), l'absence d'un réseau de santé avec des services spécialisés. Bien qu'ayant certainement influencé le déroulement du projet-pilote Girasole, ces criticités n'ont toutefois pas constitué un obstacle majeur à son implémentation. Ce qui par contre a joué un rôle réellement discriminant est le *degré d'adhésion à l'approche Girasole de la part des médecins eux-mêmes*.

Si on se focalise sur cet aspect, il est possible de distribuer les médecins participants dans quatre catégories qu'on pourrait qualifier de la manière suivante : les réfractaires, les critiques, les intéressés et les convaincus. Chaque catégorie est caractérisée par des degrés d'adhésion différents à l'approche promue par le projet-pilote Girasole et, comme conséquence, par des perceptions du projet-pilote et par des formes de coaching distinctes.

En ce qui concerne le degré d'adhésion, l'analyse des récits a montré que celui-ci dépend fondamentalement de comment les participants se situent par rapport à quatre dimensions qui peuvent être considérées constitutives du concept Girasole : l'importance de la promotion de la santé faite par le médecin de famille ; la pertinence de l'intervention du médecin de famille sur le style de vie du patient ; la convenance de l'approche motivationnelle ; la maîtrise des techniques motivationnelles et des outils proposés par le projet-pilote Girasole. En situant les participants par rapport à ces quatre dimensions on peut qualifier leur degré d'adhésion à l'approche Girasole et, en fonction de cela, on peut identifier le type de perception qu'ils ont eu du projet-pilote et le type de coaching qu'ils ont déployé avec les patients. Au risque de paraître répétitifs, à travers cette taxonomie nous proposons donc de relire les données en les mettant en relation entre elles, en identifiant des modèles d'action distincts et en explicitant les logiques sous-jacentes.

4.1. Les réfractaires

« *On s'occupe de pathologie, non pas de 'salutologie'.* »

Une petite minorité de médecins s'est montrée résolument opposée à l'approche Girasole. Ces participants ont accepté de rejoindre le projet-pilote parce qu'il portait sur la promotion de la santé, une activité de leur point de vue fondamentale pour le médecin de famille. Néanmoins, cette ouverture s'est vite effondrée durant la formation initiale, quand ils se sont rendus compte que l'approche promue par le projet-pilote Girasole n'était pas en ligne avec leurs représentations. La promotion de la santé est pour eux associée à la prévention selon une approche typiquement pathogénique : le médecin est censé dépister les maladies avant qu'elles ne s'expriment, voire identifier les facteurs de risque qui pourraient jouer un rôle dans leur apparition. Dans ce cas, le médecin doit avertir le patient et l'informer sur les comportements à adopter, mais en aucun cas il a à agir de manière prépondérante sur le style de vie du patient. Selon le point de vue des médecins réfractaires cette intervention serait inappropriée pour au moins deux raisons. Tout d'abord, le médecin doit se concentrer sur ce qui caractérise profondément sa professionnalité, à savoir l'activité prophylactique, diagnostique et curative. C'est à ce niveau qu'il a développé, péniblement et durant de longues années, une expertise spécifique et indispensable pour fournir les meilleurs soins au patient. Toute autre activité ne fait que diluer le noyau dur de son identité professionnelle. Ensuite le mode de vie de l'individu va au-delà de la sphère d'influence du médecin de famille. Il se peut que le patient ne veuille pas changer de mode de vie, comme il se peut qu'il ne puisse pas le faire à cause des conditions socio-économiques auxquelles il est soumis. Dans ce cas, c'est à la communauté et à la politique d'agir pour modifier le contexte de vie des individus et le rendre plus propice aux comportements favorables à la santé (par exemple en améliorant les conditions de travail ou en promouvant les pistes cyclables). Ce n'est en tout cas pas au médecin d'intervenir sur les individus pris singulièrement pour les amener à mieux s'adapter à leur contexte social difficile.

Ne cautionnant pas l'intervention du médecin dans le mode de vie du patient, les médecins réfractaires n'ont bien sûr pas adhéré à l'approche motivationnelle non plus. Par conséquent, ils n'ont nullement voulu en acquérir les techniques et les outils. L'entretien motivationnel, par ailleurs, leur a semblé un contresens par rapport à la relation thérapeutique, conçue comme nécessairement asymétrique (le médecin sait, le patient ne sait pas) et orientée à résoudre un problème de santé (le patient a un symptôme, le médecin pose un diagnostic et prescrit un traitement).

Il semble logique, pour un médecin revendiquant ce type de profil, de ne pas se reconnaître dans le projet-pilote Girasole. Au contraire, ce projet a été jugé incompatible avec l'identité professionnelle du médecin, en plus d'être réputé fondamentalement utopique. Aucune activité de coaching n'a ainsi été effectuée par ces médecins, qui au contraire ont décidé très tôt d'abandonner le projet-pilote.

Il est bien évidemment difficile de caractériser les médecins réfractaires en fonction des variables sociodémographiques, mais on peut tout de même faire l'hypothèse que ces participants ont eu une formation de base fortement orientée à l'activité diagnostique et thérapeutique et moins sensible, par contre, aux nouveaux paradigmes de la relation médecin-patient. De plus, il semblerait que le fait d'être installé dans des centres médicaux situés dans des zones urbaines s'accompagne de la probabilité d'avoir une patientèle 'distante', qui se rend chez le médecin de famille de manière ponctuelle et pour des problématiques précises, ce qui la rend moins ouverte à des interventions telles que Girasole. Les médecins réfractaires, d'ailleurs, ont confirmé que leurs patients ont été surpris, voire contrariés, par leurs tentatives, rapidement abandonnées, d'intégrer le projet-pilote Girasole dans la consultation médicale.

4.2. Les critiques

« Après tout le patient c'est moi qu'il suit, pas un programme. »

Quelques médecins ont adopté une attitude critique envers le projet-pilote Girasole : ils ont estimé qu'il s'agit d'un concept utile, mais qui ne peut pas être adopté intégralement. A la base de cette position il y a une adhésion partielle aux fondements du projet-pilote. Les médecins critiques soutiennent l'idée que le médecin de famille fasse de la promotion de la santé dans son cabinet. Différemment des médecins réfractaires, ils adhèrent aussi à l'idée que pour faire la promotion de la santé le médecin de famille s'intéresse au mode de vie du patient, approfondisse les habitudes de celui-ci et en dégage les raisons sous-jacentes. Ils revendiquent d'ailleurs ce type d'activité et estiment la faire depuis toujours. L'activité diagnostique et curative reste au centre de leur identité professionnelle, mais à celle-ci s'ajoute l'accompagnement du patient au long de son existence, l'intérêt pour sa vie privée et sa famille, l'empathie, le respect et l'engagement, bref, toute la dimension psycho-sociale qui va avec l'effort d'établir une relation thérapeutique compréhensive sur le long terme. Les médecins critiques, d'ailleurs, affirment connaître bien leurs patients et les familles de ceux-ci, et pensent qu'ils ont un dialogue ouvert et chaleureux avec eux.

Le point qu'ils ne partagent pas du projet-pilote Girasole concerne la décision de baser leur intervention sur l'approche motivationnelle. Celle-ci n'est pour eux ni la seule ni la meilleure manière d'aider le patient à modifier son mode de vie. S'ils ont apprécié d'apprendre quelques techniques supplémentaires et d'acquérir de nouveaux outils pour interagir avec le patient (par exemple, le cible ou le répertoire avec les activités physiques dans le canton), ils ne sont pas d'accord de se plier à une intervention aux procédures de leur point de vue trop rigides. Ils pensent que dans la relation thérapeutique l'authenticité et la spontanéité sont essentielles, puisque c'est la personne du médecin et son charisme qui favorisent le changement. Ils ont d'ailleurs fait de ces attitudes leur marque de fabrique : ils s'engagent fortement avec leurs patients, ils sont très disponibles avec eux et très participatifs. De plus ils estiment qu'apprendre convenablement l'approche motivationnelle demanderait un effort beaucoup trop important qu'ils ne sont pas disposés à faire : cela n'en vaudrait pas la peine, leur façon d'interagir avec les patients étant trop éclectique et de toute manière déjà assez satisfaisante.

Forts de ces considérations, les médecins critiques se sont limités à utiliser quelques techniques et outils appris lors de la formation initiale sans toutefois trop se préoccuper de les appliquer de manière conforme. Cette adhésion partielle s'est déclinée dans une activité de coaching très personnalisée : le projet-pilote leur paraissant trop contraignant, ces médecins ont bricolé leur propre manière de faire, en alternant l'approche motivationnelle à la persuasion, au conseil, à l'argumentation, parfois même à l'injonction, s'ils avaient le sentiment que le patient aurait pu en bénéficier pour modifier son mode de vie.

Du point de vue des variables sociodémographiques qui pourraient caractériser les médecins critiques, encore une fois il est difficile de donner des indications précises. Nous nous limitons à suggérer que cette catégorie semble être constituée de médecins de famille traditionnels dotés d'une patientèle plutôt 'proche' avec qui ils nouent des relations intenses et stables. On peut supposer que ces particularités sont spécialement présentes chez les médecins installés dans des cabinets privés situés dans des zones plutôt rurales, ce qui, par ailleurs, est le cas des quelques médecins critiques de notre échantillon.

4.3. Les intéressés

« *Beau et impossible.* »

Une partie des médecins s'est montrée attirée par le projet-pilote Girasole. Ces participants ont trouvé qu'il s'agit d'un concept innovant qu'il vaut la peine d'apprendre et d'appliquer. A la base de cette position il y a un degré d'adhésion au projet-pilote plutôt élevé. Bien sûr ces participants sont convaincus que la promotion de la santé fait partie de l'ADN du médecin de famille. De la même manière ils adhèrent à l'idée que la promotion de la santé doit se faire à travers l'intervention du médecin sur le style de vie du patient. En découvrant ou, pour certains, en approfondissant l'approche motivationnelle, ils en ont été séduits : différemment des médecins critiques, ils estiment qu'elle peut être intégrée souvent dans la consultation médicale et surtout qu'il s'agit d'une modalité pertinente pour interagir avec le patient et l'amener à modifier son style de vie. Ils apprécient aussi la relation partenariale avec le patient et ils ont l'impression qu'elle peut avoir un bon degré d'efficacité.

Malgré ces dispositions plus que positives, les médecins intéressés ont rencontré des difficultés dans l'implémentation du projet-pilote Girasole et dans la gestion de ses techniques et outils. Ils ne savaient pas toujours comment l'introduire, car ils étaient conscients qu'il s'agissait d'une forme de communication innovante qui aurait pu être mal reçue dans le cadre d'un cabinet. Surtout ils n'étaient pas sûrs d'arriver à manier l'interaction avec le patient : même s'ils désiraient lui laisser de la place pour lui permettre de s'exprimer librement, ils rencontraient des difficultés à gérer le temps et à maintenir le contrôle de la consultation. Ils étaient très sensibles aux obstacles structurels comme le manque de temps, les contraintes du TARMED ou le poids de la facturation. Fondamentalement, donc, ils percevaient l'approche Girasole comme étant risquée : séduisante, certainement, mais qu'ils n'arrivaient pas encore à maîtriser efficacement. Le coaching qui en a résulté est de type amateur. Pour le sociologue Hennion,⁸⁵ le terme amateur désigne celui qui aime ou se passionne pour quelque chose, mais aussi celui qui fait mal les choses, le non-expert, le non-professionnel. Cette définition colle bien à la manière dont les médecins intéressés ont implémenté le projet-pilote Girasole : ils en ont été séduits, mais ils l'ont appliqué de manière incertaine et irrégulière. Ils s'y sont engagés par intermittence, quand les conditions étaient à leurs yeux favorables pour pouvoir prendre le risque de s'y lancer. Parmi leurs stratégies, en effet, il y a la sélection ciblée des patients : ceux-ci ont été choisis de manière à maximiser les chances de succès et réduire les risques de l'application de l'approche Girasole. Et pourtant, malgré la sélection ciblée, il est arrivé que certains médecins intéressés se soient retrouvés dans des situations difficiles, par exemple piégés dans des consultations excessivement longues ou confrontés à des patients fortement émotionnés.

Du point de vue des variables sociodémographiques, les médecins intéressés semblent avoir une certaine sensibilité envers l'approche centrée sur le patient, développée probablement durant leur formation de base ou continue, mais une expérience limitée de celle-ci. De plus, ils semblent être dotés d'une patientèle chronique envers laquelle ils se sentent assez proches, mais qui est source de frustration à cause de la difficulté à faire évoluer la situation.

⁸⁵ Hennion, A. & Maisonneuve, S. (2000). *Figures de l'amateur. Formes objets et pratiques de l'amour de la musique aujourd'hui*. Paris : La Documentation française.

4.4. Les convaincus

« Il suffit peu pour impressionner, c'est une question d'attitude. »

Une petite minorité de médecins adhère entièrement aux concepts constitutifs de l'approche Girasole et, de plus, a montré une bonne maîtrise des techniques motivationnelles et des outils qui leur ont été mis à disposition. Ces participants considèrent la promotion de la santé une activité essentielle du médecin de famille. De plus, ils estiment tout à fait justifié de s'intéresser au style de vie du patient. Quant à l'approche motivationnelle, elle est pour eux pertinente et accessible : ils gardent la conviction que le patient est l'acteur le plus important et qu'il est vital de le mettre au centre de la gestion de sa santé. En plus de cette adhésion générale aux fondements de l'approche Girasole, les médecins convaincus ont aussi la particularité de se sentir à l'aise avec les techniques motivationnelles et les différents outils : grâce à une certaine expérience dans le domaine, ils les utilisent de manière appropriée et parviennent à garder le contrôle de la consultation. C'est à ce niveau que se situe la différence fondamentale avec les médecins intéressés.

A la lumière de ce type d'adhésion aux fondements constitutifs de l'approche Girasole, on comprend bien que la perception du projet-pilote de la part des médecins convaincus est très positive. L'approche Girasole leur a semblé maniable et efficace sous plusieurs points de vue. De plus, il leur a donné la possibilité de travailler avec n'importe quel type de patient à n'importe quel stade : que le patient ne soit pas encore prêt ou échoue dans son projet de santé ne pose pas de problèmes majeurs, puisqu'ils estiment pouvoir se focaliser sur la motivation ou sur les raisons de l'échec.

Le coaching qui en a résulté peut être qualifié d'expert. Les médecins convaincus ont eu la tendance à proposer le projet-pilote Girasole de manière systématique à leurs patients, sans se mettre des limites dans son implémentation. Si quelques fois ils ont appliqué la sélection ciblée, ils l'ont fait en considérant surtout l'utilité pour le patient. Ils ont bien géré les temps de la consultation et l'interaction, les frontières de leur activité étant pour eux très claires. Ainsi ils étaient empathiques et accueillants sans 'se transformer en psychologues', et ils ont gardé leur autorité et expertise médicales sans devenir paternalistes. Au fond, ils ont intégré le projet-pilote Girasole de manière tout à fait naturelle dans leur pratique médicale, sans que cela apparaisse comme un effort ou comme une technique apprise par cœur. Ils ont jonglé facilement du rôle de médecin-clinicien au rôle de médecin-coach, sans qu'ils ressentent cela comme une schizophrénie identitaire.

Du point de vue des variables sociodémographiques, les médecins convaincus sont caractérisés par leur expérience préalable avec le coaching : ils pratiquent depuis longtemps la promotion de la santé au cabinet et s'intéressent aux dynamiques de la communication avec le patient ; ils ont suivi des cours en la matière et ont appliqué les apprentissages dans leur travail depuis un bon moment.

4.5. La taxonomie des médecins en bref

Les quatre types de médecin illustrés dans les pages précédentes peuvent être synthétisés comme il suit.

Tableau 5. Taxonomie des médecins en fonction du degré d'adhésion au projet-pilote Girasole

	Convaincus	Intéressés	Critiques	Réfractaires
	« Il suffit peu pour impressionner, c'est une question d'attitude »	« Beau et impossible »	« Après tout le patient, c'est moi qu'il suit, pas un programme »	« On s'occupe de pathologie, non pas de 'salutologie' »
Adhésion aux fondements constitutifs de l'approche Girasole				
Promotion de la santé	Oui	Oui	Oui	Oui
Intervention dans le style de vie du patient	Oui	Oui	Oui	Non
Approche motivationnelle	Oui	Oui	Non	Non
Techniques motivationnelles et outils	Oui	Non	Non	Non
Perception de l'approche Girasole	Maniable Efficace	Risqué	Contraignant	Incompatible Utopique
Coaching	Expert	Amateur	Personnalisé	-

Bien sûr il vaut la peine de rappeler que ces quatre catégories représentent des types-idéaux au sens weberien⁸⁶ du terme, c'est-à-dire des constructions abstraites et rationnelles, réalisées en accentuant délibérément certains traits observés dans les données empiriques. S'agissant de modèles purs, il n'est pas possible de distribuer de manière nette tous les participants dans l'une ou l'autre catégorie, certains se situant à cheval entre une catégorie et l'autre. La valeur de la taxonomie, toutefois, est dans son pouvoir illustratif, puisqu'elle vise à rendre intelligibles, en les simplifiant, les conduites et les discours observés dans la réalité.

Or, ce qui émerge de cette taxonomie est la variété des profils des médecins et de leur réception du projet-pilote. On remarque aussi que des participants sont caractérisés par une certaine résistance envers le projet-pilote Girasole et/ou ses outils. Cela est d'autant plus significatif que l'échantillon des participants au projet-pilote avait été choisi délibérément, et donc on pouvait s'attendre à une plus grande ouverture envers l'approche Girasole. Même dans un groupe si restreint et sélectionné, par contre, on a observé des attitudes, des principes et des identités distinctes, ce qui questionne la recevabilité de l'approche Girasole par les médecins de premier recours en général.

Parmi la gamme des profils, la catégorie des intéressés mérite une réflexion particulière. Ces participants sont ouverts à l'approche Girasole, mais n'ayant pas les compétences pour l'intégrer aisément dans leur pratique professionnelle risquent de se décourager et tomber dans le groupe des critiques. Il se peut aussi qu'avec le temps les intéressés parviennent à maîtriser les techniques motivationnelles, en rejoignant ainsi le groupe des convaincus. A ce propos, il est intéressant de remarquer que les deux cas de figure se sont réalisés dans le cadre du projet-pilote : si au début une grande partie de participants pouvait être attribuée au groupe des intéressés, à la fin du projet-pilote quelques-uns étaient devenus plus performants dans l'utilisation des techniques et des outils de l'approche Girasole, et avaient ainsi rejoint le groupe des

⁸⁶ Weber, M. (1968). *Economy and society: An outline of interpretive sociology*. New York : Bedminster Press.

convaincus ; d'autres par contre s'étaient résolus à considérer l'approche Girasole une option bien trop contraignante et avaient fini par augmenter les rangs des critiques.

Cette taxonomie peut servir en vue d'une diffusion future de l'approche Girasole au-delà de la phase pilote : elle fournit le cadre pour une éventuelle étude statistique des profils des médecins généralistes en lien avec la promotion de la santé et l'approche motivationnelle au cabinet médical, ainsi que pour le développement de formations appropriées aux différents groupes.

5. Conclusions

L'objectif du projet-pilote Girasole était d'intégrer l'entretien motivationnel et l'approche de type coaching dans la médecine de premier recours, afin d'encourager les patients avec un profil à risque à entreprendre un projet personnel de changement comportemental en lien avec l'activité physique ou avec d'autres aspects du mode de vie. Le résultat principal de cette évaluation externe est la *faisabilité* de ce type d'intervention. Les médecins participants, à la recherche de nouvelles approches pour mieux gérer le vieillissement et les maladies chroniques, ont effectivement adopté ou renforcé une attitude d'écoute envers les patients, dans le but de les encourager à définir les interventions les mieux adaptées à leurs besoins. Avec peu d'exceptions, ils ont suivi les activités proposées et requises par le projet-pilote Girasole, grâce aussi au soutien ponctuel dont ils ont pu jouir de la part du SPVS tout au long du projet-pilote (une formation jugée adéquate, des séances d'accompagnement pertinentes, des outils – répertoire des activités physiques, manuels, brochures, etc. – appropriés). La flexibilité de l'approche Girasole a de plus permis aux médecins participants de personnaliser l'instrument et de l'adapter à leurs exigences. En même temps – selon la perception des médecins eux-mêmes – la grande partie des patients auxquels les entretiens motivationnels ont été proposés semble avoir répondu de façon positive et avoir accepté de jouer un rôle plus actif et responsable dans la consultation. Un changement pratique et culturel dans l'activité du médecin de famille semble donc possible. Ainsi le projet-pilote a représenté une implémentation concrète – quoique limitée – des orientations et des demandes de la politique de santé suisse (stratégie MNT, PNAAP et Santé2020). En plus, le projet-pilote a favorisé la création d'une '*communauté de pratique*' constituée de médecins intéressés et relativement compétents dans l'entretien motivationnel et qui veulent développer un rôle renouvelé de la médecine de famille dans la promotion de la santé et la prévention primaire. Bien qu'encore petite, cette communauté professionnelle s'est engagée dans le projet-pilote et s'est dite prête à continuer sur ce chemin, consciente que l'approche motivationnelle ouvre des nouvelles pistes d'intervention et offre la possibilité de se constituer une nouvelle identité professionnelle intéressante et valorisante.

A côté de ces aspects positifs, l'évaluation externe a fait émerger quelques criticités. Premièrement, il est apparu clair que les médecins participants constituent une catégorie diversifiée en termes de représentations de la promotion de la santé et d'expérience dans le domaine. La *formation* livrée, bien qu'initialement appréciée par tous les participants, a été utile pour introduire le groupe à l'approche motivationnelle et susciter son intérêt, mais s'est révélée à long terme non adaptée aux différents types de médecins. En particulier, la gestion du temps et de l'émotivité du patient dans le cadre de l'entretien motivationnel, ainsi que l'organisation du recrutement et du follow-up, nécessiteraient un approfondissement pour la grande partie des médecins participants. Deuxièmement, la taxonomie des médecins participants a montré une certaine *résistance culturelle* de la part de quelques-uns parmi eux : certains peinent à reconnaître la pleine légitimité de l'approche motivationnelle (au point qu'ils étaient gênés de demander au patient de payer pour ce type d'activité), d'autres considèrent l'approche Girasole totalement incompatible avec leur identité professionnelle. Troisièmement, des *difficultés structurelles* ont entravé la mise en œuvre du projet-pilote Girasole par les médecins participants, notamment l'incertitude quant aux positions TARMED à utiliser, la faible valorisation financière de l'activité de coaching et la surcharge des cabinets, en particulier de ceux de type 'solo', avec comme conséquence le sentiment, de la part des médecins participants, de ne pas avoir le temps de se consacrer au projet-pilote Girasole et, surtout, aux activités d'évaluation externe. Quatrièmement, le projet-pilote Girasole a connu une

implémentation individuelle, puisque les médecins ont eu tendance à n'impliquer personne à l'intérieur du cabinet (assistantes médicales) comme à l'extérieur (services spécialisés, etc.).

Les résultats de cette évaluation externe doivent être lus à la lumière des limites de la démarche analytique. Une première limite dépend de la *faible représentativité des médecins participants*. Le recrutement a favorisé la participation de médecins déjà à la base intéressés et motivés à suivre l'approche proposée par Girasole. Si cette sélection consciemment biaisée a été fonctionnelle à la phase pilote, elle limite néanmoins la portée des résultats du projet. Une deuxième limite concerne le *nombre modeste de patients recrutés*, ainsi que le faible taux d'adhérence au protocole du projet-pilote Girasole (qui prévoyait 3-5 consultations durant 6-12 mois) et aux activités requises pour son évaluation externe. Malgré l'extension de la période de recrutement et d'intervention par rapport à ce qui avait été initialement prévu, le nombre total des patients recrutés est de 181 (dont seulement 100 ont rempli le questionnaire de fin d'intervention).⁸⁷ Encore plus important, un seul médecin a recruté le 23% des 181 patients ; cinq médecins en ont recruté le 62%. Les médecins ayant recruté des patients étant 17, cela signifie que les douze médecins restants ont recruté 112 patients, c'est-à-dire 5.75 patients en moyenne par médecin (et seulement 2.75 patients en moyenne ont rempli le questionnaire de fin d'intervention). Ces chiffres relativisent l'expérience des médecins participants avec le processus et les outils du projet-pilote Girasole, et donc relativisent aussi les récits qu'ils ont livrés durant les entretiens et sur la base desquels ce document s'est considérablement fondé. Le faible nombre de patients recrutés ne permet pas d'observer des évidences solides sur lesquelles baser une éventuelle implémentation future. Même l'évaluation de l'économicité de l'approche Girasole n'a pas pu avoir lieu à cause de ces chiffres exigus. Pour conclure, une troisième limite méthodologique concerne *l'impact de l'apparat d'évaluation externe* sur l'efficacité. Celui-ci a été jugé trop laborieux et donc a constitué, selon les médecins, un obstacle à l'implémentation. La question demeure de savoir comment se serait déroulée la mise en œuvre du projet-pilote Girasole en absence de cette charge évaluative.

En conclusion, l'approche promue par le projet-pilote Girasole est un mode d'action qui se situe à l'interface entre les soins médicaux, les acteurs de la santé publique et ceux de la collectivité. Son potentiel est haut et mérite d'être exploité, en prenant en compte les criticités mises en évidence dans l'évaluation externe.⁸⁸

⁸⁷ Ces informations quantitatives sont détaillées dans le rapport finale d'Interface.

⁸⁸ Les nombreuses recommandations qui émergent de cette évaluation sont présentées dans la synthèse de l'évaluation externe rédigée par Interface.

Bibliographie

- Beretta, O. & Bouvier Gallacchi, M. (2015). L'età di mezzo. La popolazione ticinese tra i 30 e i 65 anni vista attraverso i fattori di rischio per la salute. *Dati – Statistiche e società*, 15(1), 17-27 (https://www3.ti.ch/DFE/DR/USTAT/allegati/articolo/2083dss_2015-1_2.pdf, 30.5.2018).
- Bouvier Gallacchi, M., Beretta, O., Tomada A. et al. (2017). *Strategia e programma quadro di prevenzione e promozione della salute Cantone Ticino 2017 – 2020*. Bellinzona : Servizio di promozione e di valutazione sanitaria (https://m4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/SPVS/PDF/Pubblicazioni/ProgrammaSPVS_2017-2020.pdf, 30.5.218).
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Chenail, R.J. (1995). Presenting Qualitative Data. *The Qualitative Report*, 2(3).
- Dearing, J.W. (2009). Applying Diffusion of Innovation Theory to Intervention Development. *Research on social work practice*, 19(5), 503-518.
- Egloff, M. et al. (2012). *Medici di famiglia in Ticino: quale futuro?* Rapporto di ricerca su mandato dell'Ordine dei medici del cantone Ticino (OMCT). Manno : SUPSI.
- Egloff, M. et al. (2013). Quale futuro per la medicina di prossimità in Ticino? *Dati – Statistiche e società*, 13(1), 73-81 (https://www3.ti.ch/DFE/DR/USTAT/allegati/articolo/1927dss_2013-1_7.pdf, 30.5.2018).
- Grüniger, U. et al. (2012). *Gesundheitscoaching. Schlussbericht Projekt Gesundheitscoaching KHM. Gesundheitscoaching: Förderung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen in der Arztpraxis*. Bern.
- Hennion, A. & Maisonneuve, S. (2000). *Figures de l'amateur. Formes objets et pratiques de l'amour de la musique aujourd'hui*. Paris : La Documentation française.
- Kitzinger, J. (2000). Focus groups with users and providers of health care. In C. Pope & N. Mays (dir.). *Qualitative research in health care*. London: BMJ Publishing, 20-29.
- Koutaissoff, D. et al. (2012). *Evaluation de la formation PAPRICA (Physical Activity promotion in PRImary CAre)*. Lausanne : IUMSP.
- Merçay, C. (2015). *Médecins de premier recours – Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey 2015 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)*. Obsan Dossier 50. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé (https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_dossier_50_2.pdf, 30.5.2018).
- Morgan, D.L. & Krueger, R.A. (1998). *The Focus Group Kit: Volumes 1-6*. Thousand Oaks/London/New Dehli: Sage.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2007). *Programme national alimentation et activité physique 2008–2012 (PNAAP 2008–2012). Résumé.* Berne (<https://www.admin.ch/ch/f/gg/pc/documents/1564/Bericht.pdf>, 30.5.2018)

Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2013). *Santé2020. Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral*. Berne : OFSP (<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/gesundheits-2020/eine-umfassende-strategie-fuer-das-gesundheitswesen.html>, 30.5.2018).

Office fédéral de la santé publique (OFSP), Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Promotion Santé Suisse (PSCH) (2016). *Plan de mesures de la Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017–2024*. Berne : OFSP (<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/ncd-strategie/ncd-massnahmenplan.pdf.download.pdf/plan-de-mesures-mnt.pdf>, 30.5.2018).

Paillé, P. & Mucchielli, A. (2005). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods (3e éd.)*. Thousand Oaks : Sage.

Petrini, L. & Roth, S. (2014). *Rapport de base sur la santé pour le canton du Tessin. Exploitations standardisées des données de l'Enquête suisse sur la santé 2012 et d'autres bases de données*. Obsan Dossier 38. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé (https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_dossier_38_ti.pdf, 30.5.2018).

Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovation (Fifth ed)*. New York : Free Press, 2003.

Senn, N., Ebert, S.T. & Cohidon, C. (2016). *La médecine de famille en Suisse. Analyse et perspectives sur la base des indicateurs du programme SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring)*. Obsan Dossier 55. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé (https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_dossier_55.pdf, 30.5.2018).

Simonson, T. & Bize, R. (2015a). *Elaboration d'une théorie d'action et proposition d'indicateurs en vue de l'évaluation du projet Girasole*. Lausanne : IUMSP.

Simonson, T. & Bize, R. (2015b). *Actualisation de la théorie d'action du projet Girasole et proposition d'indicateurs en vue de l'évaluation*. Lausanne : IUMSP (https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_42976107D18C.P001/REF, 30.5.2018).

Stanga, M. (2014) "Come va la vita?" L'indagine tematica sulla salute 2012: alcuni risultati per la Svizzera e la Svizzera italiana. *Dati – Statistiche e società*, 14(1), 107-15 (https://www3.ti.ch/DFE/DR/USTAT/allegati/articolo/2031dss_2014-1_10.pdf, 30.5.2018).

Weber, M. (1968). *Economy and society: An outline of interpretive sociology*. New York : Bedminster Press.

Wenger, E. (2000). Communities of practice and social learning systems. *Organization Science*, 7(2), 225-246.

Annexes: Instruments de récolte des données⁸⁹

1. Guide de focus group avec les médecins participants – 1^{ère} série

Atteggiamento generale verso la prevenzione

- Cosa pensano di fattori di rischio e prevenzione ?
- Cosa pensano della prevenzione nello studio medico ?
 - o Esperienza di prevenzione in studio (prima di Girasole), modi di fare, frustrazioni e successi
 - o Formazione nella prevenzione

Adesione al progetto-pilota Girasole

- Come ne sono venuti a conoscenza ?
- Quali conoscenze avevano?
- Quale giudizio avevano ?
- Come mai hanno aderito ?
 - o Chi li ha contattati e come
 - o Ragioni dell'accettazione, attese, scopi
 - o Resistenze, conoscenza di qualcuno che ha detto no

Formazione Girasole

- Quale giudizio hanno sviluppato?
 - o Aspetti positivi e negativi, aspetto più utile e meno utile
 - o Lacune
- Quale giudizio hanno sviluppato sulle loro competenze nella promozione della salute dopo la formazione Girasole?

Applicazione dell'intervento Girasole

- Come si svolge il reclutamento dei pazienti ?
 - o Modalità di selezione
 - o Caratteristiche di chi accetta e di chi rifiuta
 - Atteggiamenti e risposta dei pazienti, argomenti utilizzati per giustificare il si o il no
 - Loro interpretazione delle reazioni dei pazienti
 - o Modalità di reclutamento
 - Come fanno, quando, con che supporti, quali strategie, chi coinvolgono, etc.
 - o Progetti sviluppati dai pazienti
- Come si svolge l'attività di coaching
 - o Modalità di coaching nel reale
 - o Forme di personalizzazione
 - o Combinazione coaching santé e paprika
 - o Supporti utilizzati
- Come organizzano il follow-up
- Come fatturano

⁸⁹ Les guides d'entretien reportés dans les annexes doivent être compris comme des instruments flexibles. Ils ont été développés sur la base des questions et des sous-questions d'évaluation formulées dans le chapitre 2.1.6, mais aussi en tenant compte des caractéristiques de l'interlocuteur et du contexte d'entretien ou de focus group. Les guides d'entretien ont constitué une feuille de route générale et ont servi comme rappel des thèmes importants à traiter, au cas où les arguments n'émergeraient pas spontanément de la discussion avec et entre les participants.

Giudizio su Girasole

- Quale giudizio hanno dell'approccio Girasole?
 - o Vantaggi e svantaggi
 - o Complessità
 - o Strumenti
 - o Compatibilità con la pratica e l'identità di medico in Ticino
- Cosa pensano in generale del progetto-pilota Girasole?
 - o Supporto del SPVS
 - Contenuto
 - Modalità
 - o Apparato di ricerca
 - o Comunità di pratica
 - o Fatturazione
- Quale vissuto personale hanno sviluppato ?
 - o Aspetti positivi e negativi, difficoltà e soddisfazioni, etc.

Cambiamenti auspicati

- Cosa bisognerebbe cambiare/fare ?
 - o In termini di formazione di base
 - o In termini di accompagnamento da parte del SPVS
 - o In termini di strumenti di sostegno per il paziente
 - o In termini di condizioni tariffarie
 - o In termini di organizzazione della valutazione
- Cosa pensano di fare loro in futuro in relazione al coaching?

2. Guide de focus group avec les médecins participants – 2^{ème} série

Applicazione dell'intervento Girasole

- Come si svolge il reclutamento dei pazienti ?
 - o Modalità di selezione
 - o Caratteristiche di chi accetta e di chi rifiuta
 - Atteggiamenti e risposta dei pazienti, argomenti utilizzati per giustificare il si o il no
 - Loro interpretazione delle reazioni dei pazienti (come si spiegano le reazioni dei pazienti, fattori culturali, istituzionali, etc.)
 - o Modalità di reclutamento
 - Come fanno, quando, con che supporti, quali strategie, chi coinvolgono, etc.
 - o Progetti sviluppati dai pazienti
- Come si svolge l'attività di coaching
 - o Modalità di coaching nel reale
 - o Forme di personalizzazione
 - o Combinazione coaching santé e paprika
 - o Supporti utilizzati
- Come organizzano il follow-up
- Come fatturano

Cambiamenti nel tempo

- Come è cambiato il modo di applicare l'intervento Girasole nel tempo?
 - o Cambiamenti
 - o Fasi, momenti-chiave
 - o Apprendimenti

Giudizio

- Quale giudizio hanno dell'approccio Girasole?
 - o Vantaggi e svantaggi
 - o Complessità
 - o Strumenti
 - o Compatibilità con la pratica e l'identità di medico in Ticino
- Cosa pensano in generale del progetto-pilota Girasole?
 - o Supporto e accompagnamento del SPVS
 - Contenuto
 - Modalità
 - Tempi
 - Collaborazione
 - o Apparato di ricerca
 - o Comunità di pratica
 - o Fatturazione
- Quale vissuto personale hanno sviluppato ?
 - o Aspetti positivi e negativi, difficoltà e soddisfazioni, etc.

Proiezione nel futuro

- Quale interesse in un eventuale proseguimento?
 - Cosa pensano di fare
 - A quali condizioni
 - Supporto SPVS
 - Comunità di pratica
 - Formazione
 - Strumenti
 - Fatturazione
- Quanto pensano che l'approccio Girasole possa essere esteso ad altri colleghi?

3. Guide d'entretien avec l'OMCT/ATIMEF

IL PROGETTO-PILOTA GIRASOLE

Coinvolgimento dell'OMCT/ATIMEF, scelte operative e prospettive future

- *Come è stato coinvolto l'OMCT/ATIMEF? Quando? Chi ha coinvolto chi? Con quali apporti e su quali contenuti siete intervenuti?*
- *Come si è svolta la collaborazione con gli altri attori del progetto-pilota Girasole?*
- *Dovessimo cominciare ora con il progetto, l'OMCT/ATIMEF dovrebbe/vorrebbe essere coinvolto e come?*
- *L'OMCT/ATIMEF intende usare i risultati e l'esperienza del progetto pilota Girasole? Se sì, come e quando (arruolamento nuova coorte di medici, formazione, presentazione pubblica dei risultati, diffusione degli strumenti utilizzati, ecc.)?*

IL RUOLO

Il medico di famiglia nella prevenzione primaria

La medicina tradizionalmente si è interessata più alla cura che alla prevenzione. D'altro canto, la transizione epidemiologica (MNT, invecchiamento, ecc.) rende sempre più importanti le determinanti di salute legate ai comportamenti individuali.

- *Come vivono i medici di famiglia in Svizzera tali dinamiche? Ci sono atteggiamenti condivisi o invece le posizioni sono più eterogenee? Qual è la posizione dell'OMCT/ATIMEF al riguardo?*

Il progetto-pilota Girasole ha coinvolto 19 medici interessati a partecipare. Trattandosi di un progetto pilota che voleva sondare sensibilità, tecniche, strumenti e processi di implementazione, la selezione dei medici non è stata casuale.

- *Ritiene che l'interesse e la concreta disponibilità a partecipare a un'attività analoga al progetto Girasole siano diffusi anche tra altri medici di famiglia in Ticino?*

Se grande parte delle persone anziane hanno un medico di famiglia, la stessa cosa non è vera per persone più giovani, comprese quelle con comportamenti a rischio.

- *Chi e come deve fare prevenzione primaria, se non tutti hanno un medico di famiglia? Qual è la posizione dell'OMCT/ATIMEF al riguardo?*

L'ambito della prevenzione primaria è per natura contendibile tra diverse competenze e dunque diverse figure. Di più, esso interessa fortemente altri gruppi professionali e attori del sistema sanitario (farmacie, infermieri, ecc.).

- *In quest'ottica, quale ruolo è possibile e quale ruolo è opportuno per il medico di famiglia? Con quali collaborazioni e con chi? Qual è la posizione dell'OMCT/ATIMEF al riguardo?*
- *Un maggiore intervento – più visibile e più strutturato – dei medici di famiglia nella prevenzione primaria come sarebbe percepito dai medici specialisti in generale (divaricazione crescente, intervento opportuno, etc.)?*
- *Come questo intervento dei medici di famiglia sarebbe percepito dagli specialisti maggiormente "vicini" ai temi della prevenzione primaria (cardiologia, pneumologia, fisiatria e riabilitazione, ecc.)?*

LE TECNICHE

Colloquio motivazionale e processi strutturati

Il colloquio motivazionale è la principale “tecnica” utilizzata nel progetto pilota Girasole. Esso è inoltre entrato a far parte del curriculum di studi in alcune facoltà svizzere di medicina. Il progetto pilota ha poi utilizzato alcuni strumenti fortemente ispirati a una precedente iniziativa promossa nel Canton San Gallo.

- *Qual è il suo giudizio sul colloquio motivazionale come strumento per i medici di famiglia?*
- *Come e quando dovrebbe essere insegnato il colloquio motivazionale (insegnamento sistematico, iniziativa personale, etc.)?*
- *Quale è il valore degli strumenti più o meno standardizzati che accompagnano i colloqui motivazionali per promuovere abitudini sane e cambiare quelle non sane come sedentarietà, fumo, cattiva o eccessiva alimentazione, etc. (utile, ce ne sono altri, sta al medico decidere quali sono i più adatti alle proprie esigenze, etc.)?*

4. Guide d'entretien avec le SPVS

Ricostruzione del processo di implementazione

- Tappe principali
 - o Fasi nella concezione e nell'implementazione del progetto-pilota Girasole
 - o Avvenimenti
 - o Transizioni
 - o Blocchi, ostacoli
 - o Facilitazioni
- Attori
 - o Attori principali, secondari, assenti
 - o Ruolo
 - o Interazioni e collaborazioni
- Logiche d'azione
 - o Motivazioni esplicite e implicite
 - o Attese
- Attività
 - o Attività visibili e invisibili
- Supporti e vincoli
- Vissuto

Punti da approfondire

- Ragioni dell'interesse verso Girasole
- Scelta dei medici formatori e dei medici partecipanti, presa di contatto e persuasione
- Scelta delle collaborazioni e delle "non" collaborazioni

Giudizio

- Sul progetto
- Sul processo
- Sull'esito
- Sul proprio operato
- Cosa ha funzionato, cosa no e perché

"Senno di poi"

- Rimpianti (cosa si voleva fare e non si è fatto)
- Cambiamenti (cosa si farebbe diversamente)

Futuro

- Quale visione del futuro
- Miglioramenti