



Action Diabète  
Aktion Diabetes  
Valais – Wallis



---

RAPPORT FINAL - 15.09.2023

---

# Évaluation du projet PDS : Action Diabète - Aktion Diabetes

Sur mandat de Promotion Santé Suisse

## Impressum

Numéro de contrat	:	19.122
Projet évalué :		Action Diabète - Aktion Diabetes (projet n° PDS01.057)
Durée de l'évaluation :		Février 2019 - août 2023
Période de collecte des données :		Février 2019 - mai 2023 (rapport final)
Accompagnement du projet d'évaluation chez Promotion Santé Suisse :		Beatrice Annaheim, Évaluation / Prévention dans le domaine des soins (PDS)
Méta-évaluation :		Promotion Santé Suisse a examiné le projet de rapport en se basant sur les standards de qualité de la Société suisse d'évaluation (standards SEVAL). Les résultats de cet examen ont été communiqués à l'équipe d'évaluation et ont été pris en compte dans le présent rapport. Toutefois, l'interprétation des résultats, les conclusions et les recommandations ne doivent pas forcément correspondre au point de vue de Promotion Santé Suisse.
Proposition de citation :		Ecoplan et serdaly&ankers (2023). Evaluation du projet PDS Action Diabète - Aktion Diabetes. Rapport final. Sur mandat de Promotion Santé Suisse. Berne.
Adresse de correspondance :		Ecoplan AG, Monbijoustr. 14, 3011 Berne

### L'équipe d'évaluation Ecoplan et SERDALY&ANKERS SNC

Dr. Simon Endes (direction de projet), Ecoplan	Simon Büchler, Ecoplan
Eliane Kraft, Ecoplan	Neil Ankers, serdaly&ankers
Renata Josi, Ecoplan	Christine Serdaly, serdaly&ankers

#### **ECOPLAN AG**

Recherche et conseil  
en économie et en politique

[www.ecoplan.ch](http://www.ecoplan.ch)

Monbijoustrasse 14  
3011 Berne  
Tél +41 31 356 61 61  
[bern@ecoplan.ch](mailto:bern@ecoplan.ch)

Rue des Tireurs 1  
Case postale  
CH - 6460 Altdorf  
Tél +41 41 870 90 60  
[altdorf@ecoplan.ch](mailto:altdorf@ecoplan.ch)

#### **serdaly&ankers**

Consultants et entrepreneurs  
sociaux

[www.serdaly-ankers.ch](http://www.serdaly-ankers.ch)

Route de florissant 210  
1231 Conches

Neil Ankers : 079 323 60 81

Christine Serdaly : 076 546 98 52

## Table des matières

	Table des matières .....	2
	Résumé .....	3
	Liste des abréviations .....	6
1	Introduction et mandat d'évaluation .....	7
2	Concept et ressources investies (inputs).....	10
3	Mise en œuvre et outputs.....	14
4	Effets chez les professionnel.le.s et sur les conditions-cadres .....	32
5	Effets chez les patient.e.s .....	40
6	Impact.....	44
7	Conclusion et recommandations .....	45
	Bibliographie.....	54
	Annexe A : Modèle d'effet d'Action Diabète .....	55
	Annexe B : Organigramme du projet Action Diabète .....	56
	Annexe C : Campagne de communication, de sensibilisation et de dépistage .....	57

## Résumé

### Contexte

[Action Diabète](#) visait à améliorer la prise en charge interprofessionnelle des patient.e.s diabétiques dans le canton du Valais (vision du projet). Ses principaux objectifs étaient, d'une part, de renforcer la collaboration entre les professionnel.le.s de différentes professions - notamment dans la prise en charge des patient.e.s diabétiques et en matière de dépistage précoce des personnes à risque – ainsi que, d'autre part, de former les professionnel.le.s de la santé dans le domaine du diabète. En outre, il s'agissait de renforcer le positionnement des deux associations du diabète dans leur rôle de partenaires centrales pour la prise en charge du diabète, pour les patient.e.s comme pour les professionnel.le.s.

### Objectif de l'évaluation

L'objectif général de l'évaluation sommative était d'apprécier le **déroulement du projet** et de vérifier dans quelle mesure Action Diabète a atteint - via les mesures mises en œuvre - les **effets prévus** auprès des groupes cibles et sur les conditions-cadres. En outre, il s'agissait d'identifier **les facteurs de réussite et les défis** dans la mise en œuvre d'Action Diabète et d'en déduire **des recommandations pour l'avenir**.

### Approche

L'évaluation sommative finale consiste en une synthèse des résultats de l'évaluation sur toute sa durée (février 2019 à mai 2023). Pour répondre aux questions de l'évaluation, nous avons utilisé une **approche mixte** composée de méthodes qualitatives et quantitatives, permettant de tenir compte à la fois de la complexité du projet et du but de l'évaluation. Le présent rapport final s'appuie en particulier sur les méthodes et sources de données suivantes :

- Enquêtes écrites et téléphoniques auprès des professionnel.le.s (2022/23, N=341), analyse des évaluations des formations des professionnel.le.s (2020-2022, N=355) ainsi que des focus groupes et des entretiens individuels avec le comité de pilotage et les porteuses du projet ;
- Enquêtes auprès des patient.e.s (2020/22, N=38) ;
- Analyse des données secondaires (monitoring des patient.e.s des associations du diabète (N=1'910) et évaluation des statistiques d'utilisation du site web et de l'application) ;
- Analyse de documents (documents de planification, rapports du projet et de l'étude de cohorte, ...).

### Résultats

Action Diabète a renforcé la **collaboration interprofessionnelle dans la prise en charge du diabète** en Valais. Cela s'est manifesté par le fait que les professionnel.le.s valaisan.ne.s ont été davantage sensibilisé.e.s au thème du diabète (niveau connaissances) et à l'importance de la collaboration interprofessionnelle dans la prise en charge du diabète (niveau attitude). Action Diabète a atteint cet objectif en formant 229 soignant.e.s de centres médico-sociaux et d'EMS sur le thème du diabète et de la collaboration interprofessionnelle dans le traitement du

diabète (valeur cible = 65 personnes / an, sur quatre ans). En outre, 215 professionnel.le.s de la santé (médecins, assistant.e.s médica.ux.les, pharmacien.ne.s et assistant.e.s en pharmacie) ont suivi une formation sur le diabète et l'interprofessionnalité via Action Diabète (valeur cible : 50 médecins et leurs assistant.e.s d'ici fin 2022). Deux de ces formations étaient des formations interprofessionnelles.

L'objectif du projet visant à renforcer le traitement interprofessionnel a été atteint. Cela s'est traduit par le fait que 80% des patient.e.s des deux associations du diabète ont été **pris en charge par au moins quatre professionnel.le.s de santé de professions différentes**. En outre, grâce au projet, les associations du diabète sont mieux connues des patient.e.s et des professionnel.le.s (niveau connaissances) et une **culture de la collaboration interprofessionnelle** se développe lentement parmi les médecins et les autres professionnel.le.s (niveau attitude/culture). A la fin du projet, Action Diabète entretenait des coopérations régulières avec 19 organisations partenaires (valeur cible = 5). De ce fait, davantage de patient.e.s ont été adressé.e.s aux associations du diabète par des professionnel.le.s de la santé (niveau comportement).

Au niveau des patient.e.s et malgré les premiers changements dans la prise en charge interprofessionnelle du diabète en Valais, les réels effets d'Action Diabète ne seront visibles qu'à long terme. Toutefois, des premiers signes d'**amélioration de leur prise en charge sont perceptibles**. Des dépistages ont été mis en place en collaboration avec divers professionnel.le.s et organisations. Pendant toute la durée du projet, 2'521 personnes ont été dépistées, soit une moyenne d'environ 720 par an (valeur cible : 500 par an).

Dans l'ensemble, il apparaît que les patient.e.s ont davantage fait appel aux **services de conseil** proposés par les associations du diabète (environ 1'340 à 2'000 heures de conseil fournies chaque année, valeur cible de 1 700 heures, niveau comportement), ce qui a permis d'améliorer leurs **connaissances sur le diabète** (niveau connaissances). Les **outils d'autogestion** existants (documents d'information/site web/application) ont été de plus en plus utilisés au fur et à mesure du projet (niveau connaissance & comportement). Depuis 2020, le nombre d'utilisations hebdomadaires du site web a dépassé les valeurs cibles visées, tant en ce qui concerne les utilisateur.trice.s (34 par semaine en 2023 / 25 prévues) que les pages consultées dans les sections destinées aux professionnel.le.s (15 pages consultées/semaine) et aux patient.e.s/proches (16 pages consultées par semaine/ 5 prévues). À la fin mai 2023, l'application DiabApp avait enregistré un total de 573 téléchargements. En outre, les examens de dépistage concernant différents systèmes d'organes sont des pratiques généralement bien établies. Il existe toutefois un potentiel d'extension du contrôle des pieds et de la mesure des valeurs de glycémie à long terme (valeurs HbA1c) (cf. rapport de l'étude de cohorte de l'Observatoire valaisan de la santé) (niveau conditions). Il sied enfin de rappeler que le projet ne visait pas, en tant qu'objectif, l'amélioration directe des résultats médicaux (outcomes) des patient.e.s.

## Conclusions

En ce qui concerne la réalisation des objectifs, l'**évaluation sommative** pour l'ensemble de la durée du projet, de 2019 à mi-2023, est **globalement positive**. La réalisation des valeurs cibles fixées par Action Diabète peut être **évaluée positivement** dans l'ensemble. **Toutes les valeurs cibles vérifiables ont été atteintes ou partiellement atteintes.**<sup>1</sup> Nous constatons que différents aspects de la **prise en charge du diabète** tels que la **collaboration interprofessionnelle, la formation des professionnel.le.s de la santé ainsi que la mise en œuvre des tests de risques et des dépistages** ont évolué positivement en Valais. Cela correspond aux objectifs principaux du projet. Leurs effets ne seront visibles que sur une plus longue période.

Tout au long du projet, diverses difficultés ont été rencontrées quant à son organisation et sa mise en œuvre en collaboration avec les partenaires. Ces difficultés ont entravé le meilleur déploiement possible de ses effets, qu'il s'agisse de l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle comme du positionnement des associations du diabète en tant que partenaires centrales dans la prise en charge du diabète. Les porteuses du projet ont toutefois adapté en permanence la mise en œuvre aux défis rencontrés.

Parallèlement, elles ont posé les premiers jalons nécessaires à la pérennisation de certains éléments du projet, notamment les accords avec les principaux partenaires, la création et la diffusion de matériel de formation, la poursuite prévue de l'étude de cohorte ainsi que le financement de 10% de poste de l'actuelle assistante de projet auprès des associations du diabète, entre autres pour la gestion du site web du projet et de DiabApp.

Cette évaluation finale permet de formuler les recommandations suivantes pour l'avenir :

- Continuer à renforcer la collaboration interprofessionnelle en poursuivant les mesures existantes et en encourageant la coordination ;
- Promouvoir l'information, la sensibilisation, la levée des tabous et le traitement du diabète par la mise en œuvre de campagnes d'information et la diffusion de matériel d'information sur le diabète pour les professionnel.le.s de la santé comme pour le grand public ;
- Intégrer les recommandations de l'étude de cohorte dans les cours de formation continue destinés aux médecins ;
- Définir des options stratégiques pour la suite du projet.

---

<sup>1</sup> Au moment de l'évaluation finale, il n'existe pas d'informations fiables sur la vérification d'une valeur cible (nombre de professionnel.le.s de la santé collaborant régulièrement avec au moins 1 autre professionnel.le de la santé pour le traitement des personnes diabétiques).

## Liste des abréviations

EMS	Etablissement médico-social
AVsD	Association Valaisanne du Diabète
CARA	Association CARA
DEP	Dossier électronique du patient
PSCH	Promotion Santé Suisse
PSP	Plan de soins partagé
MNT	Maladies non transmissibles
PDS	Prévention dans le domaine des soins
CMS	Centre médico-social
OVS	Observatoire valaisan de la santé

# 1 Introduction et mandat d'évaluation

## 1.1 Le projet « Action diabète »

Le diabète fait partie des causes de décès les plus fréquentes en Suisse. C'est l'une des maladies non transmissibles (MNT) dont la prévalence est en augmentation dans le pays (de 3,4% à 4,4% entre 2007 et 2017), et dont les impacts, en termes de souffrance humaine comme de coûts pour le système de santé, sont conséquents<sup>2</sup>. Selon l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), les coûts liés au diabète s'élèvent à 2,3 milliards de francs (coûts directs : 1,0 milliard, coûts indirects : 1,3 milliard).<sup>3</sup> La prévention du diabète est donc une priorité de la stratégie nationale « Prévention des maladies non transmissibles » (Stratégie MNT).

Cette situation prévalant également en Valais, l'Association Valaisanne du Diabète (AVsD) et Diabetes Oberwallis ont créé le projet "[Action Diabète](#)", et ce afin d'améliorer la prise en charge des patient.e.s diabétiques dans le canton (vision du projet). Un premier objectif visé était de renforcer la collaboration entre les différent.e.s professionnel.le.s concerné.e.s, notamment en matière de dépistage précoce des personnes à risque ainsi que de prise en charge des personnes diabétiques. Un autre objectif du projet était de former les professionnel.le.s concerné.e.s dans le domaine du diabète. Enfin, il s'agissait de positionner les deux associations du diabète en tant que partenaires centraux de la prise en charge du diabète en Valais, pour les patient.e.s comme pour les professionnel.le.s concerné.e.s.

Action Diabète a fait partie des projets sélectionnés et soutenus par la fondation Promotion Santé Suisse (PSS) dans le cadre de son cycle 2018 de projets de "Prévention dans le domaine des soins" (PDS).

## 1.2 Objectif de l'évaluation

Ecoplan a, sur mandat de PSS, évalué le projet « Action Diabète ». L'objectif global de l'évaluation était d'examiner dans quelle mesure le projet avait été mis en œuvre conformément au concept et si les mesures mises en œuvre ont eu les effets escomptés auprès des groupes et milieux ciblés. En outre, il s'agissait de formuler des recommandations utiles pour la période de l'après-projet ainsi que pour sa diffusion.

L'évaluation avait donc un but à la fois sommatif et formatif. Elle a servi à :

- Rendre compte de l'atteinte des objectifs et de l'efficacité du projet Action Diabète ;
- Identifier les facteurs de succès et les obstacles, dans la mise en œuvre comme dans l'atteinte des effets escomptés. Et ce en tant qu'apprentissages utiles dans le domaine de la PDS en général ;

---

<sup>2</sup> Office fédéral de la statistique. Statistiques de la santé 2017.

<sup>3</sup> Office fédéral de la santé publique. Stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT). 2017-2024.



- Fournir, au fil du projet, des recommandations permettant d'en optimiser la gestion.

Le présent rapport final se base sur une synthèse des résultats de l'évaluation sur toute sa durée (février 2019 à mai 2023) afin d'évaluer l'atteinte des objectifs d'Action Diabète et d'en tirer les enseignements utiles.<sup>4</sup> Il est destiné notamment aux spécialistes concerné.e.s (personnes portant le projet ou actives dans sa mise en œuvre et autres cercles de spécialistes intéressé.e.s), aux autres financeurs et responsables potentiels de projets similaires (administration, assureurs, etc.) ainsi qu'à la fondation PSCH.

### 1.3 Objet de l'évaluation

L'évaluation a porté sur les éléments suivants du modèle d'effet d'Action Diabète (cf. modèle d'effet en annexe A) :

- Concept et intrants (inputs) ;
- Mesures et prestations déployées (outputs) ;
- Effets générés (outcomes) : Effets et changements de comportement chez les multiplicateurs (= professionnel.le.s atteint.e.s par le projet), chez les patient.e.s ainsi que sur les conditions-cadres.

En revanche, il n'a pas été possible d'étudier et d'évaluer les effets à long terme à l'échelle de l'ensemble de la population (en particulier la contribution du projet à une réduction de la prévalence du diabète). Et ce car l'on sait, grâce à des programmes similaires, que plusieurs années sont nécessaires pour obtenir de tels résultats (Antille-Zuercher et al. 2018).

### 1.4 Méthodologie

Pour répondre aux questions de l'évaluation, nous avons utilisé une **approche mixte** composée de méthodes qualitatives et quantitatives, permettant de tenir compte à la fois de la complexité du projet et du but de l'évaluation. Tableau 1 montre les méthodes utilisées pour la collecte des données (pour une vue plus détaillée : voir les rapports d'évaluation intermédiaires annuels).

---

<sup>4</sup> D'autres enseignements tirés de l'évaluation se trouvent dans les quatre rapports intermédiaires dont dispose PSCH.

Tableau 1: Aperçu de la démarche méthodologique par domaine d'évaluation

Domaines d'évaluation	Analyse de documents / données secondaires	Focus groupes	Enquête écrite en ligne	Entretiens téléphoniques	Statistiques d'utilisation du site web/de l'App/des médias sociaux, enquête auprès des personnes utilisant le site web
Concept et input	Concepts, planifications, budgets, newsletters	Comité de pilotage/expert.e.s (4 fois)		Membres de la Direction du projet et du Comité de pilotage	
Mise en œuvre et résultats	– Rapports de la Direction du projet – Newsletters	Comité de pilotage/expert.e.s (4 fois)	Participant.e.s (N=355) à 18 formations	Direction de projet et porteur.euse.s (en continu)	Contrôle de qualité du site web et de l'App
Outcome I : Multiplicateurs/trices / conditions	Rapports de la Direction du projet	Comité de pilotage/expert.e.s (4 fois)	Professionnel.le.s (2 fois, 2022/23, N=341)	– Direction de projet et porteur.euse.s (en continu) – Professionnel.le.s (N=6) – Responsable de l'étude de cohorte (5 fois)	– Statistiques sur les utilisateurs du site web/de l'App/des médias sociaux – Enquête auprès des utilisateurs du site web (N=28)
Outcome II : patient.e.s	Monitoring des associations du diabète (N=7'909 consultations pour 1'910 patient.e.s <sup>1</sup> )	Patient.e.s (2 fois, en VS romand, N=23)	Patient.e.s dans le cadre de la cohorte diabète (N=411)	– Patient.e.s en VS romand (N=15) – Professionnel.le.s (N=6) – Responsable de l'étude de cohorte (5 fois)	– Statistiques sur les utilisateurs du site web/de l'App/des médias sociaux – Enquête auprès des utilisateurs du site web (N=28)
Impact, conclusion et perspectives	Analyse sommative des résultats de l'évaluation basée sur toutes les méthodes mentionnées ci-dessus				

1 - Période du 01.10.2019 au 30.9.2022

### Remarque sur les résultats de l'étude de cohorte "Qualité du diabète en Valais"

L'étude de cohorte "Qualité Diabète Valais" fournit des informations sur l'épidémiologie et sur la prise en charge du diabète en Valais. Il sied de souligner ici l'impossibilité, à ce stade, d'attribuer certains constats ressortant de la cohorte au projet Action Diabète : d'une part les facteurs d'influence sur la santé des personnes diabétiques ont été multiples sur la période concernée (notamment l'influence de la pandémie de COVID 19). D'autre part, la cohorte a porté – durant les 4 ans du projet - sur un nombre limité de participant.e.s, majoritairement recruté.e.s par les associations du diabète et par le biais d'Action Diabète.

Néanmoins, le présent rapport intègre certains des éclairages que la cohorte a permis d'apporter quant à la situation sanitaire des personnes diabétiques en Valais, ainsi que certaines de ses conclusions en vue d'une amélioration de la qualité de leur prise en charge.

## 2 Concept et ressources investies (inputs)

### 2.1 Objectifs et logique d'impact d'Action Diabète

#### Quels étaient les objectifs du projet ?

Le projet s'inscrivait dans la vision suivante. Le projet voulait :

- Promouvoir la **gestion interprofessionnelle** du diabète ;
- Habituer les professionnel.le.s à **travailler en équipes décentralisées** ;
- Montrer les avantages d'une **prise en charge coordonnée** par une personne / structure unique qui connaît l'ensemble du parcours de soins du/de la patient.e et les professionnel.le.s impliqué.e.s, notamment le corps médical ;
- Faciliter la **mise en œuvre de ces modes de fonctionnement en Suisse**.

Sur la base de cette vision, Action Diabète a notamment poursuivi les objectifs suivants jusqu'à la mi-2023 :<sup>5</sup>

- **Mettre en place un réseau interprofessionnel** autour du diabète en Valais pour améliorer le dépistage précoce et la prise en charge des patient.e.s diabétiques. Cela devait notamment passer, au plus tard à la fin du projet, par le fait...
  - Que les deux associations valaisannes du diabète soient devenues les **interfaces pour la gestion du diabète** et que 250 professionnel.le.s de la santé<sup>6</sup> leur aient adressé des patient.e.s diabétiques ;
  - Que 80% des patient.e.s soient pris.e.s en charge de manière interprofessionnelle ;
  - Que 65 professionnel.le.s des centres médico-sociaux/de soins à domicile et des EMS et 50 médecins et assistants médicaux aient été formé.e.s ;
  - Que deux cours de formation interprofessionnelle aient été organisés dans chaque région linguistique ;
  - Que les professionnel.le.s de la santé et leurs patient.e.s aient été sensibilisé.e.s à l'utilisation du plan de soins partagé (PSP) de l'association CARA. Concrètement, cela signifie que les informations utiles à la gestion interprofessionnelle des patient.e.s diabétiques devaient avoir été intégrées dans le PSP. Au cours du projet et en raison des

---

<sup>5</sup> Les objectifs détaillés du projet sont visibles dans le tableau d'évaluation, qui est à la disposition de PSCH.

<sup>6</sup> 3'000 professionnel.le.s prévus de manière irréaliste au début du projet, sur la base du nombre total de professionnel.le.s potentiel.le.s.

retards pris par CARA, cet objectif a été remplacé par le développement d'une application pour le diabète.

- **Faire connaître le projet et ses offres** afin d'encourager son utilisation par les groupes cibles. Cela devait notamment passer, au plus tard à la fin du projet, par le fait :
  - Que l'autogestion de la maladie ait été soutenue et améliorée chez 80% des patient.e.s ;
  - Que le projet ait fourni divers matériels d'information aux personnes concernées.
- **Améliorer le dépistage précoce (screenings)**. Il s'agissait notamment de tester chaque année 500 personnes présentant un risque de diabète.

### Sur quelle logique d'impact le projet reposait-il (modèle d'effet) ?

Le modèle d'effet figurant à l'annexe A permet de mieux comprendre le projet et d'évaluer les relations de cause à effet qui le sous-tendent. La base conceptuelle du projet était le **concept de soins du canton du Valais** basé sur le modèle Chronic Care ainsi que, concrètement, la proposition de projet déposée au départ auprès de Promotion Santé Suisse. Les intrants (inputs) comprenaient les **ressources financières et personnelles** des deux associations valaisannes du diabète (AVsD et Diabetes Oberwallis) et d'autres bailleurs de fonds ainsi que la collaboration d'organisations partenaires dans les différents organes du projet et dans diverses mesures tangibles.

A long terme, l'utilité sociétale et l'impact du projet Action Diabète - y compris ses prestations et ses effets escomptés au niveau des patient.e.s, des multiplicateurs (= spécialistes) et sur les conditions cadres – devraient se concrétiser par la **réduction de la prévalence du diabète et du taux d'incidence des complications**. De tels impacts ne pouvant émerger que dans la durée, ils n'ont pu être qu'estimés dans le cadre de la présente évaluation.

### Quelles approches ont été choisies ? Mise en œuvre de pratiques préventives par des multiplicateurs et/ou création de structures favorables (amélioration des conditions) ?

Le projet était principalement axé sur l'**amélioration des conditions de prise en charge du diabète** dans le canton du Valais. Il s'agissait notamment de...

- **Positionner durablement** l'AVsD et Diabetes Oberwallis dans leurs fonctions de **coordinatrices et d'interfaces centrales** du diabète en Valais ;
- Mettre en place une **prise en charge interprofessionnelle** des patient.e.s diabétiques ;
- Mettre en place un **dépistage efficace du diabète**, entre autres par la collaboration entre les professionnel.le.s de la santé, l'office régional de placement et les services sociaux ;
- Mettre en place **une cohorte de personnes diabétiques** pour suivre l'évolution du diabète et son traitement en Valais.

En outre, au **niveau comportemental**, Action Diabète visait à promouvoir des pratiques préventives **auprès des multiplicateurs et des patient.e.s**. Les approches choisies pour cela étaient notamment :

- **Sensibilisation** des professionnel.le.s, entre autres le personnel soignant des CMS et EMS, ainsi que les professionnel.le.s de la santé (médecins et leurs assistant.e.s, pharmacien.ne.s) à un traitement de qualité axé sur la prévention des complications ;
- **Empowerment des personnes concernées** : Promouvoir la participation des patient.e.s et l'autogestion du diabète. Il s'agissait notamment de fournir aux patient.e.s diabétiques les informations essentielles et des outils didactiques pour renforcer leurs compétences et leur permettre de gérer leur diabète, ainsi que de leur indiquer où chercher des informations fiables. Ces outils didactiques comprenaient des supports pédagogiques en français et en allemand, un [site web du projet](#) et une application ([DiabApp](#)). En outre, diverses mesures de communication ont été prises (par exemple des réunions d'information, des actions médiatiques) afin d'informer et de sensibiliser largement autour du diabète.

### **Dans quelle mesure existe-t-il un lien avec la stratégie nationale MNT ou d'autres stratégies nationales dans le domaine de la santé ?**

Le diabète fait partie des causes de décès les plus fréquentes en Suisse. C'est l'une des MNT dont la prévalence est en augmentation dans le pays, et dont les impacts, en termes de souffrance humaine comme de coûts pour le système de santé, sont conséquents. La prévention du diabète est donc une priorité de la stratégie nationale MNT et Action Diabète y contribue. Le projet s'inscrit en outre dans la « [stratégie cantonale de prévention du diabète](#) ».

## **2.2 Organisation d'Action Diabète : acteurs, settings et groupes cibles**

### **Qui étaient les principaux acteurs et groupes cibles ? Quelle était la couverture géographique du projet (région) ?**

Les acteur.trice.s du projet étaient réuni.e.s dans les groupes suivants (cf. organigramme, Illustration 2 de l'annexe B) :

- **Groupe de travail** en tant qu'organe opérationnel, composé de représentant.e.s du projet Action Diabète, de l'AVsD, de Diabetes Oberwallis et du Service de la santé publique (SSP) du canton du Valais. Le groupe de travail a été soutenu par des "cellules opérationnelles" avec des intervenant.e.s tels que les membres du comité de pilotage ou du groupe de travail (au début "comité technique/bureau"), qui ont apporté des conseils ponctuels pour les différentes mesures ou projets ;
- **Direction de projet** avec responsabilité opérationnelle pour la mise en œuvre du projet et la collaboration avec les organisations/services spécialisés cantonaux ;
- **Comité de pilotage** en tant qu'organe stratégique avec des représentant.e.s des organisations valaisannes pertinentes (associations, services cantonaux,...) ;
- De plus, une **collaboration spécifique** a été mise en place avec l'**Observatoire valaisan de la santé** (OVS) pour la mise en place de la cohorte diabète et avec l'**association CARA** pour la mise en place de son PSP ;

- Le projet a été cofinancé par **Promotion Santé Suisse** et évalué par **Ecoplan AG en collaboration avec serdaly&ankers**.

Les principaux groupes cibles d'Action Diabète étaient :

- Les acteur.trice.s et les organisations mentionné.e.s dans la section précédente ;
- Les patient.e.s diabétiques diagnostiqué.e.s ou pas encore et les personnes à risque.

La couverture géographique comprenait l'ensemble du canton du Valais avec les deux régions linguistiques.

## 2.3 Ressources financières et humaines (input)

Quelles étaient les ressources financières et humaines du projet ?

### 2.3.1 Ressources financières

Le coût total s'est élevé à 2 701 000 CHF (cf. Tableau 2).

**Tableau 2: Aperçu du budget du projet "Action diabète"**

Coût total	CHF 2'701'000 (TVA incluse)
Contribution de Promotion Santé Suisse	CHF 2'000'000
Contributions des organisations responsables (heures de personnel et prestations en nature des associations valaisannes du diabète)	CHF 105 000
Contributions des partenaires du projet (cofinancement de la cohorte par le canton)	CHF 496'000
Contributions de tiers (heures de personnel et prestations en nature via la participation d'autres organisations (spécialisées))	CHF 100'000

### 2.3.2 Ressources humaines

Action Diabète pouvait compter sur les ressources en personnel suivantes :

- AVsD : coordination 130% (80% direction de projet, 20% coordination, 30% assistance administrative pour le Haut-Valais)<sup>7</sup>. En réalité, il a fallu 180% de ressources humaines pour effectuer le travail requis. Cette différence (50%) a pu être fournie grâce aux heures supplémentaires effectuées par l'équipe ;
- Présidence du comité de pilotage : 10% pour les deux coprésident.e.s du comité de pilotage ;
- Les deux organes de suivi et de pilotage : le Comité de pilotage (qui s'est réuni deux à quatre fois par an) et le Groupe de travail (qui s'est réuni une fois par mois (2019-2020) et une fois tous les trois mois à partir de 2021) ;

<sup>7</sup> Il convient de noter que, selon la direction du projet, de nombreuses heures supplémentaires ont dû être effectuées.

- Mandats externes pour la réalisation de certaines tâches (p. ex. site Internet, traductions), confiés notamment à certains partenaires du projet (p. ex. Observatoire valaisan de la santé : développement et mise en œuvre de l'étude de cohorte "Diabète qualité Valais" ; association CARA dans le contexte du développement du PSP).

## 2.4 Mesures et prestations déployées

### Quelles mesures et prestations le projet comportait-il ?

Pour le **groupe cible des professionnel.le.s**, le projet comprenait les mesures et prestations suivantes :

- Des formations spécifiques à certains groupes professionnels ainsi que formations inter-professionnelles (= réunissant, à dessein, différents groupes professionnels dans une même formation) ;
- La sensibilisation des personnes diabétiques et des professionnel.le.s de la santé à l'importance de l'interprofessionnalité ;
- Des campagnes de dépistage et d'information pour identifier et conseiller les patient.e.s à risque et les personnes diabétiques ;
- La mise à disposition d'une application avec un espace spécifique pour les professionnel.le.s et un outil d'apprentissage en ligne.

Pour le **groupe cible des patient.e.s**, le projet comprenait les mesures et prestations suivantes :

- Des mesures de sensibilisation ainsi que des formations (d'autogestion) sur le diabète et le dépistage du diabète ;
- La mise à disposition de matériel d'information, du site web et de l'application, afin de faciliter la gestion du diabète ;
- Le dépistage dans la population générale et chez les personnes à risque.

## 3 Mise en œuvre et outputs

### 3.1 Mise en œuvre

#### Remarque sur l'évaluation de la mise en œuvre

L'évaluation du déroulement et de l'avancement d'un projet se concentre généralement sur l'analyse des écarts éventuels entre ce qui était initialement prévu et ce qui a été effectivement réalisé. Action Diabète visait à implémenter, dans le contexte valaisan, les pratiques validées du modèle « Chronic care ». Et à suivre, pour cela, ce qui avait été prévu dans la proposition

de projet initiale. Ainsi, le plan d'action initial du projet avait été élaboré sur la base de ce qui était jugé utile au moment de sa conception.

Toutefois, des changements importants sont inévitablement intervenus au cours du projet. Afin d'en tenir compte, l'évaluation du déroulement du projet ci-dessous vise à juger de l'efficacité des mesures par rapport à la vision globale du projet, en tenant compte des adaptations apportées en cours de projet pour tenir compte des conditions actuelles.

### 3.1.1 Déroulement du projet

#### **Comment le projet a-t-il progressé ? Le projet a-t-il été mis en œuvre comme prévu ?**

(Informations tirées d'enquêtes auprès des porteurs de projet, du comité de pilotage et des experts, ainsi que des rapports du projet)

Le démarrage du projet, en 2019 et 2020, fut difficile : le contexte sanitaire (COVID) avait fortement limité la participation des partenaires, entraînant par la suite un changement de Présidence du comité de pilotage et de Cheffe de projet d'Action Diabète. En 2021, un changement de paradigme profond a été opéré, vers un mode "opportuniste", mettant l'accent sur les activités de relations publiques et de communication. Au lieu de s'appuyer sur la collaboration des partenaires pour progresser (ceux-ci étant toujours occupés en 2022 à rattraper les retards accumulés pendant la crise sanitaire), le choix implicite - car jamais formalisé ainsi par les porteurs de projet - a été de servir directement les groupes cibles concernés (patient.e.s et professionnel.le.s) avec des informations utiles.

Grâce à ce changement stratégique et à l'importante production et diffusion d'informations ainsi qu'au travail de sensibilisation, le projet et ses réalisations ont été mieux connus, ce qui a débouché sur une plus grande demande pour les outils et le matériel du projet.

Dans l'ensemble et compte tenu du contexte susmentionné, **la mise en œuvre du projet peut être jugée très satisfaisante**. Cela a été principalement dû à l'**agilité** des porteur.euse.s du projet, qui ont systématiquement cherché à le faire avancer là où cela était possible et pertinent (par exemple en concluant des accords avec des partenaires hésitants), plutôt que de tenter de passer en force au travers des difficultés rencontrées. Il en a résulté des mesures et prestations (outputs) légèrement différentes des plans initiaux, mais plus pertinentes car adaptées à la situation locale. A titre d'exemple, la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO) devait initialement développer un « outil didactique » en tant que moyen de transmission des connaissances sur le diabète, qui a été remplacé par le site web, l'application DiabApp et dix dépliants d'information à grand tirage.



### 3.1.2 Facteurs de réussite

**Quels facteurs ont favorisé la mise en œuvre du projet (facteurs de réussite) ?** (Informations issues d'enquêtes auprès des porteurs de projet, du comité de pilotage et des experts, ainsi que des rapports du projet)

Le projet a été dirigé par une **équipe de projet compétente** : l'équipe qui a dirigé le projet était petite (trois personnes), très motivée et agile, en contact étroit avec les deux associations du diabète. L'une de ces personnes (Responsable de l'AVsD) disposait d'une expertise reconnue dans le domaine du diabète, d'une grande crédibilité auprès des partenaires et d'un réseau important, y compris au niveau politique. La Cheffe de projet (depuis 2021) apportait, elle, une grande expertise dans le domaine de la communication et pouvait, tout comme la troisième personne, travailler en deux langues.

Le projet a été soutenu par un **engagement ciblé des partenaires** : toutes les associations professionnelles concernées étaient représentées au sein du comité de pilotage du projet. Plutôt que d'essayer de toutes les mobiliser sur l'ensemble des questions, la Cheffe de projet a préféré inviter chaque membre à s'engager individuellement et en profondeur dans le cadre de certaines mesures du projet (par exemple, fort engagement personnel du Dr Nicolas Kirchner, coprésident d'Action Diabète, dans le développement de DiabApp).

L'**accent** qui a été mis **sur les mesures de communication** dès 2021 **a porté ses fruits**. Au vu de la forte prévalence du diabète au sein de la population générale et de la préoccupation sociétale qu'elle engendre<sup>8</sup>, le large ciblage de la stratégie de communication d'Action Diabète – sur l'ensemble de la population - semblait pleinement justifié. Ainsi, la communication déployée à travers les médias courants, les réseaux sociaux, le site Internet et DiabApp était le meilleur moyen d'atteindre tous les groupes cibles simultanément. D'une part, cela a permis de diffuser largement des informations utiles aux professionnel.le.s de la santé, aux personnes diabétiques et à la population en général. D'autre part, cela a contribué à la visibilité du projet, de l'AVsD et de Diabetes Oberwallis, ce qui a encouragé les professionnel.le.s à s'engager et les patient.e.s à s'adresser au projet.

### 3.1.3 Défis et solutions

**Quels sont les facteurs qui ont entravé la mise en œuvre du projet (défis) ? Comment a-t-on réagi à ces défis ou quelles solutions ont été trouvées ?** (Informations tirées d'enquêtes auprès des responsables du projet, du comité de pilotage et des experts, ainsi que des rapports du projet)

**Défi n°1** : l'énorme charge de travail et le manque de disponibilité de la plupart des acteurs du secteur de la santé - c'est-à-dire des partenaires du projet, mais aussi au sein du comité de pilotage - tout au long du projet. Ceci pour trois raisons :

---

<sup>8</sup> Prévalence : environ 25'000 diabétiques dans le canton du Valais, 25'000 prédiabétiques et une proportion élevée de personnes à risque en raison d'un excès de poids (environ 42%).

- Raison principale : les deux années de crise sanitaire liées au COVID (2020-2021), qui ont ensuite eu un impact important sur les années 2022 et 2023 ;
- Une tension croissante entre la pénurie de plus en plus aiguë de personnel soignant et le vieillissement de la population ;
- Un besoin de formation de plus en plus diversifié et intensif pour ce personnel afin de pouvoir rester pertinent face à ce vieillissement des patient.e.s.

**Solution 1** : L'équipe de projet a systématiquement essayé de proposer aux partenaires des sous-projets "clés en main", afin qu'Action Diabète puisse tout de même avancer. Citons ici l'exemple des campagnes de dépistage entièrement organisées ou encore la participation d'une équipe de personnes diabétiques au Marathon des Terroirs de 2023, où les partenaires n'avaient plus qu'à assurer leur présence. Autre exemple : le fait de proposer aux institutions sociales du matériel (flyers et vidéos) qui leur était spécialement destiné. Cette stratégie a toutefois entraîné les effets secondaires suivants :

- Une surcharge importante et permanente pour l'équipe de projet elle-même ;
- Une adaptation constante de la feuille de route d'origine (mesures et calendrier définis dans la demande initiale), sans que cela soit à chaque fois formellement repensé et validé par l'équipe de projet ou le comité de pilotage ;
- Lorsque des difficultés sont apparues dans la collaboration avec les partenaires, les porteur.euse.s de projet ont toujours réagi rapidement et ont profité de ces tensions pour engager un dialogue actif avec le(s) partenaire(s) concerné(s) et pour clarifier et formaliser les rôles et les attentes des parties (par exemple via des accords de coopération)<sup>9</sup> ;
- Afin de pérenniser l'impact d'Action Diabète et de pallier le manque de disponibilité des professionnel.le.s pour participer à des formations physiques, Action Diabète a élaboré en 2023 un vaste matériel de formation et d'information (vidéos, podcasts et dépliants), qui a été mis à disposition sur le site web du projet (matériel supplémentaire en cours d'élaboration).

**Défi 2** : En 2020, l'Hôpital du Valais a créé un service de diabétologie et d'endocrinologie qui propose des consultations ambulatoires. Ces consultations visent non seulement le diagnostic, le suivi et l'adaptation du traitement, mais aussi « l'information et l'empowerment du patient », ces dernières tâches étant assurées par des infirmières. Depuis, on observe une forme de concurrence avec l'offre des associations du diabète, les médecins généralistes ayant tendance à orienter les patient.e.s vers l'hôpital et non vers lesdites associations. De plus, la très faible proportion de patient.e.s diabétiques participant à la cohorte et recrutés via l'Hôpital du Valais (5% à fin mai 2023) semble renforcer cette hypothèse de concurrence et de soutien timide au projet et à la cohorte de la part de l'hôpital.

---

<sup>9</sup> A la mi-2023, cinq conventions ont été signées (mandats de prestations cantonaux pour chacune des deux associations, centres médico-sociaux (CMS), Association valaisanne des établissements médico-sociaux (AVALEMS), podologues, OVS), deux sont en attente de signature (Centre hospitalier du VS romand (CHVR), Promotion Santé Valais (PSVS)) et six doivent encore être rédigés (Pharmavalais, Société médicale du Valais, Groupement des médecins du Valais romand (GMVR), diététiciennes, Assistant(e)s Association romande des assistantes médicales (ARAM), Clinique romande de réadaptation (CRR Suva).

**Solution 2** : D'une part, les associations du diabète ont rencontré, en 2022, les quatre diabéto-logues installés en Valais romand afin de les sensibiliser à leur propre travail. D'autre part, au moment de la rédaction de ce rapport, une convention de collaboration était en cours de négociation entre l'hôpital et Action Diabète, visant à optimiser la répartition des tâches et des responsabilités dans le domaine ambulatoire.

**Défi 3** : Alors que l'association CARA offrait aux patient.e.s, depuis mai 2021, la possibilité d'ouvrir un dossier électronique (DEP), la mise en place d'un plan de soins partagé (PSP) a pris un retard considérable. Action Diabète a ainsi été privé d'un levier potentiellement fort pour renforcer la collaboration interprofessionnelle.

**Solution 3** : Compte tenu de ce retard, Action Diabète a investi dans le développement de sa propre application (DiabApp) afin de promouvoir la collaboration interprofessionnelle. Ce développement, tout comme celui du DEP et du PSP, a été largement retardé par des questions de protection des données. En outre, l'accord avec CARA a été résilié en 2021, mais le dialogue s'est poursuivi. En avril 2023, CARA a repris le développement du PSP ainsi que la collaboration avec Action Diabète. L'objectif commun est de relier DiabApp au DEP et, plus tard, au PSP.

**Défi 4** : Une collaboration non optimale entre les deux associations cantonales du diabète (AVsD et Diabetes Oberwallis) ou entre Action Diabète et Diabetes Oberwallis. Action Diabète était à l'origine un projet conçu dans le Valais romand. Plus généralement, on aurait pu s'attendre à ce qu'Action Diabète réunisse les deux associations au point de favoriser la fusion en une seule ligue cantonale bilingue.<sup>10</sup> Or, la collaboration est restée délicate.

**Solution 4** : Il a été tenté d'améliorer cette collaboration en intégrant la coordinatrice de projet responsable du Haut-Valais dans le groupe de travail d'Action Diabète. Du point de vue de Diabetes Oberwallis, cela n'a toutefois pas permis d'instaurer une collaboration d'égal à égal. Depuis 2022, l'équipe de projet d'Action Diabète a travaillé directement avec l'équipe soignante du Haut-Valais pour mettre en œuvre des mesures (campagnes, vidéos de formation, podcasts, etc.).

## 3.2 Outputs

### 3.2.1 Mesures et prestations déployées

**Quelles mesures et prestations ont été déployées ?** (Informations tirées des entretiens avec la direction du projet et des rapports du projet)

*Dans ce qui suit, nous nous concentrons sur les mesures et prestations qui sont déterminantes pour la vérification de la réalisation des objectifs et qui ont marqué toute la durée du projet. La*

---

<sup>10</sup> Dans le canton de Fribourg, par exemple, il n'existe qu'une seule association (diabetesfribourg / diabetesfreiburg).

*liste n'est donc pas exhaustive. Les rapports annuels de la direction du projet et les rapports intermédiaires d'évaluation fournissent un aperçu complet.*

## **a) Mise en place de partenariats de projets**

### **Mesures et prestations déployées :**

Action Diabète entretenait à la fin du projet des collaborations régulières avec 19 organisations partenaires (valeur cible = 5), dont toutes les associations faitières valaisannes des professionnel.le.s concerné.e.s (EMS, CMS, diététicien.ne.s, podologues, assistantes médicales, médecins généralistes, institutions sociales, etc.) Ces collaborations ont notamment porté sur l'élaboration et la diffusion commune de supports d'information et de formation, l'organisation concrète de formations ainsi que la participation commune à des campagnes de communication et à des événements (Marathon des Terroirs).

Au total, à la mi-2023, 3'783 professionnel.le.s avaient été impliqué.e.s dans le projet à des degrés divers, dont :

- 1'625 infirmier.e.s dans les CMS, formé.e.s en cascade par les personnes formées préalablement par Action Diabète en tant que référentes ;
- 1'413 professionnel.le.s des soins et de l'aide sociale dans des institutions sociales, auquel.le.s ont été fourni des vidéos de formation et des kits d'information ;
- 317 médecins (diabétologues et généralistes) qui ont adressé leurs patient.e.s aux associations du diabète et/ou ont participé à une formation ou à un événement du projet ;
- 222 assistantes médicales formées ou sollicitées dans le cadre du projet ;
- D'autres spécialistes (entre autres podologues, diététicien.ne.s, bottier.e.s-orthopédistes, coachs en activité physique et sportive).

Après avoir abaissé en 2020 la valeur cible de cet indicateur de 3'000<sup>11</sup> (valeur cible inscrite dans la demande initiale de projet auprès de Promotion Santé Suisse) à 250, celle-ci a finalement été atteinte à la fin du projet.

### **Évaluation**

La définition des deux indicateurs en question était très vague (« nombre d'organisations avec lesquelles des projets sont développés » et « nombre de professionnel.le.s de la santé participant au projet ») et un regard quantitatif strict ne permettrait donc guère d'évaluer leur atteinte. En nous penchant sur cette collaboration avec les organisations partenaires ainsi qu'avec les professionnel.le.s concerné.e.s, tant en termes de contenu que de dynamique, nous estimons

---

<sup>11</sup> N=3000 correspond au nombre de tous les professionnel.le.s de la santé travaillant en Valais et pouvant ainsi potentiellement intervenir dans la prise en charge du diabète.

qu'Action Diabète a permis des avancées considérables dans ce domaine, malgré des conditions difficiles (charge et faible disponibilité des professionnel.le.s de la santé), et qu'elle a pu impliquer dans le projet un grand nombre de professionnel.le.s et d'organisations pertinents.

## **b) Formations**

### **Mesures et prestations déployées :**

Au total, 229 infirmier.e.s des CMS<sup>12</sup> et des EMS ont été formé.e.s (valeur cible = 65 personnes / an). En outre, 215 professionnel.le.s de la santé (médecins, assistantes médicales, pharmacien.ne.s et assistant.e.s pharmaceutiques) ont suivi une formation sur le diabète et l'interprofessionnalité via Action Diabète (la valeur cible était que 50 médecins et leurs assistantes soient formés d'ici fin 2022). Deux de ces formations étaient des formations interprofessionnelles, l'une à Viège et l'autre à Sion.

Par ailleurs, l'AMAD Valais (école qui forme des assistantes médicales et dentaires) a invité l'AVsD à participer à son cursus de formation. La prochaine intervention est prévue pour le printemps 2024.

Compte tenu de la fin du financement d'Action Diabète par Promotion Santé Suisse en juin 2023, mais aussi en réaction au constat susmentionné de la diminution de la disponibilité des professionnel.le.s de santé, les personnes en charge d'Action Diabète ont travaillé, vers la fin du projet, à la création d'un vaste matériel de formation et d'information et à sa mise à disposition sur le site web du projet (vidéos, podcasts et dépliants, voir le rapport des porteur.euse.s du projet pour une liste complète, d'autres sont en cours). Le matériel a été maintenu aussi concret que possible afin de répondre aux besoins fondamentaux tant des personnes diabétiques que des professionnel.le.s de la santé et du secteur social. Il y figure à chaque fois une invitation à s'adresser aux associations du diabète s'il on veut en savoir davantage.

Enfin, il a été décidé d'intégrer deux diapositives de présentation dans les deux séances annuelles de la Société Médicale du Valais (SMVS) pour les nouveaux médecins du canton (obligatoires) et de leur remettre à cette occasion divers supports (flyers, autocollants, etc.). En complément, un courrier présentant l'état d'avancement du projet et une liste des outils à disposition seront envoyés à tous les cabinets médicaux du canton.

---

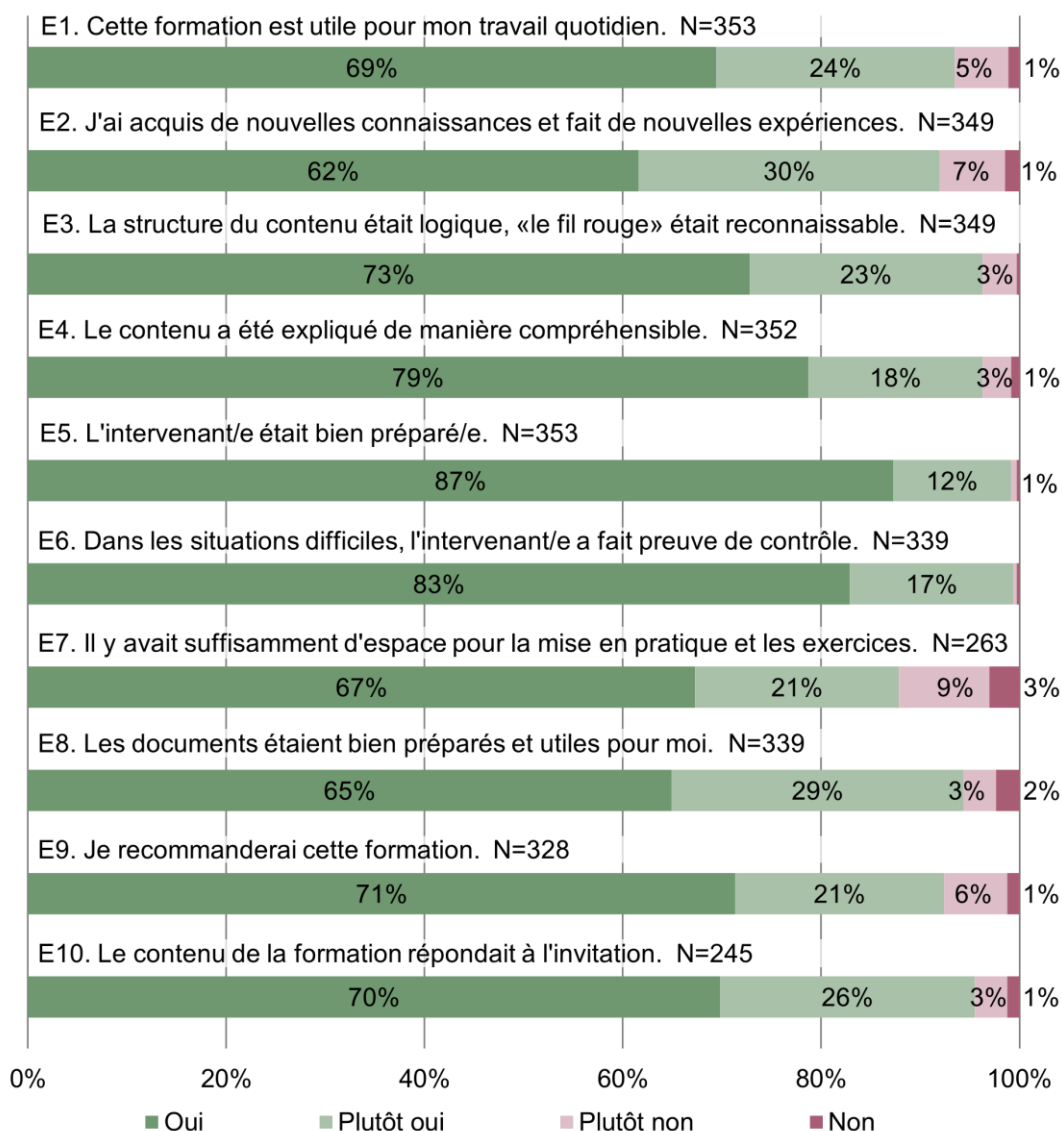
<sup>12</sup> En Valais romand : formation de référents qui forment ensuite eux-mêmes leurs collègues dans chaque CMS.

## Évaluation

Dans l'ensemble, les participant.e.s ont évalué les formations très positivement (cf. Figure 1) :

- 95%<sup>13</sup> des participant.e.s étaient satisfait.e.s des formations proposées ;
- Plus de 90% des participant.e.s ont trouvé la formation utile pour leur travail quotidien, y ont appris de nouvelles choses et fait de nouvelles expériences ;
- L'approche didactique (suffisamment de temps pour les exercices pratiques, supports de formation, fil rouge dans son déroulement) et les animateur.trice.s de formation (explications compréhensibles, bien préparé.e.s, situations difficiles maîtrisées) ont également été évalué.e.s de manière tout à fait positive.

Figure 1: Évaluation des formations par les participant.e.s (2020-2022)



<sup>13</sup> Moyenne pondérée sur l'ensemble des questions.

A la fin du projet, les formations semblent - au vu des taux de satisfaction très élevés - avoir très bien répondu aux besoins des participant.e.s. Si le financement par Action Diabète a contribué à ce qu'elles soient sollicitées, nous constatons que le financement des formations pour les équipes des EMS et CMS fait normalement partie des frais de fonctionnement de ces organisations. Et, pourtant, plusieurs formations ont dû être annulées faute de participant.e.s. La raison - selon la responsable du développement des compétences des EMS valaisans - est l'indisponibilité croissante du personnel soignant (pénurie d'une part et concurrence entre les offres de formation d'autre part).<sup>14</sup>

Dans ce sens, le développement en cours de matériel pédagogique en ligne (entre autres vidéos, podcasts, dépliants...) - et ce non seulement pour les professionnel.le.s de la santé, mais aussi pour celles et ceux du secteur social - est un moyen judicieux d'assurer la valeur ajoutée d'Action Diabète en aval. Enfin, la question se pose de l'intérêt, au niveau national, de tout ce matériel pédagogique développé dans le cadre d'Action Diabète, par exemple de la part de Diabète Suisse, et donc des possibilités futures de financement par des tiers.

### c) Communication

**Mesures et prestations déployées** (seules les activités les plus importantes sont mentionnées ici ; la liste complète se trouve dans les rapports de la direction du projet)

- Des mesures de communication notamment via le site web, l'application, les podcasts dans les deux langues, les médias sociaux, la newsletter ainsi que des contributions dans les médias imprimés/en ligne, à la télévision et à la radio.
- Des campagnes de sensibilisation de grande envergure en 2021 et 2022, ainsi que dans le cadre de la participation de 15 patient.e.s diabétiques au Marathon des Terroirs du Valais en 2023 (cf. annexe C), avec réalisation de tests de Findrisk et de glycémie, évaluation gratuite de l'état des pieds (des podologues étaient présent.e.s sur les stands), concours de nutrition et recrutements pour la cohorte. En 2023, l'objectif était de communiquer sur l'expérience de 15 patient.e.s ayant participé à une expérience visant à augmenter l'activité physique. Le but était d'inspirer d'autres patient.e.s à faire de l'exercice. La collaboration entre les associations du diabète et la Clinique romande de réadaptation de Sion a permis de mettre en place une offre de prise en charge.
- D'importantes mesures de communication en amont, pendant et après les campagnes, notamment auprès des services de santé publique, des pharmacies, des cabinets médicaux, ainsi que pour les campagnes et le Marathon des Terroirs auprès de la population générale (articles, annonces, réseaux sociaux, radio, TV), afin d'inciter les personnes à risque et diabétiques à se rendre sur les stands ou à pratiquer davantage d'activité physique (Marathon des Terroirs).

<sup>14</sup> Et ce sont les mêmes raisons qui ont poussé Action Diabète à renoncer à l'organisation de formations interprofessionnelles en 2023.

- Production et publication de 2 podcasts<sup>15</sup> sur les thèmes de l'alimentation d'une part et de l'activité physique d'autre part, qui ont été mis à disposition sur les plateformes en ligne les plus courantes. Production de 4 mini-vidéos sur le diabète et l'activité physique dans le cadre du Marathon des Terroirs et d'un film sur cet événement avec des témoignages.

## Évaluation

Depuis 2021, les personnes en charge d'Action Diabète ont choisi la communication au sens large comme principal vecteur de développement du projet, que ce soit pour la prévention secondaire (dépistages des populations peu suivies médicalement), la prévention tertiaire (informations et formations pour éviter les complications, y compris motivation à l'activité physique) ou encore pour renforcer la collaboration interprofessionnelle. Puisqu'il n'y avait pas de critères d'évaluation prédéfinis pour les différentes mesures (développement de la notoriété du projet ? amélioration des connaissances des personnes venues sur les stands ? etc.), nous avons évalué le travail de communication de manière qualitative. A ce titre, nous constatons que le travail de communication du projet :

- a suivi une stratégie formalisée ;
- a été porté par la responsable du projet (elle-même spécialiste de la communication) ;
- s'est appuyé sur deux agences spécialisées ;
- était bien adapté aux objectifs du projet et aux mesures mises en œuvre.

Dans cette évaluation de la stratégie de communication d'Action Diabète, nous renonçons au paradigme classique<sup>16</sup> d'un monde aux changements prévisibles, dans lequel la communication est d'abord planifiée pour ensuite être mise en œuvre selon ces plans. À l'inverse, nous avons recours au paradigme d'un monde avec des changements émergents et évolutifs dans un environnement VUCA<sup>17</sup>. Placée dans cette perspective, l'approche choisie par Action Diabète, à savoir une **information** partagée via des réseaux sociaux et informels et basée en grande partie sur des **histoires personnelles**, peut être **appréciée positivement**. Cette approche a pour objectif de créer des narratifs partagés sur le diabète et sa gestion, et ainsi à l'avenir un alignement des acteurs concernés sur cette thématique.

Cette adaptation du plan d'action, qui mettait l'accent sur les mesures de communication, se justifiait par la stratégie « grand public » liée à la forte prévalence du diabète au sein de la population générale, et donc de la préoccupation sociétale qui en découle<sup>18</sup>. La communication avec le grand public était ainsi le meilleur moyen d'atteindre tous les groupes cibles parallèlement.

<sup>15</sup> Disponible sur <https://www.actiondiabete.ch/menu-droite/medias/podcasts/> Un autre podcast devrait suivre d'ici la fin de l'année 2023.

<sup>16</sup> Cf. : C. Lustig, D. Shaked et B. Tollec, " Comment déployer la pleine puissance de l'Appreciative Inquiry ", p.56, A15 Publishing, 2019.

<sup>17</sup> Volatilité, incertitude, complexité (complex) et ambiguïté (ambiguous), acronyme décrivant les conditions-cadres contemporaines de la gestion d'entreprise.

<sup>18</sup> Prévalence : environ 25'000 diabétiques dans le canton du Valais, 25'000 prédiabétiques et une proportion élevée de personnes à risque en raison d'un excès de poids (environ 42%).



## **d) Site web et médias sociaux**

### **Mesures et prestations déployées**

Le site [actiondiabete.ch](http://actiondiabete.ch) a été développé, mis à jour et réorganisé tout au long du projet. Un moteur de recherche a été intégré afin de mieux atteindre les groupes cibles que sont les personnes diabétiques, leurs proches, les personnes à risque et les professionnel.le.s (personnel de santé et travailleurs sociaux), et ainsi de mieux répondre à leurs besoins. En complément, la présence sur les réseaux sociaux a été développée, étendue et entretenue en permanence (Facebook, LinkedIn, Instagram).

### **Évaluation du site web**

En général, le site web est très attrayant et bien réalisé sur le plan graphique. Il est facile à comprendre et d'y naviguer. Il présente cependant un potentiel de développement du point de vue du contenu (cf. rapport intermédiaire d'évaluation 3).

### **Appréciation du site web par les professionnel.le.s interrogé.e.s**

Les professionnel.le.s qui ont participé à l'enquête écrite en ligne (n=341) n'ont pour la plupart jamais utilisé la section du site web qui leur est réservée (75%). 20% disent l'avoir utilisé rarement (quelques fois par an). Enfin, très peu de professionnel.le.s disent l'avoir utilisé sporadiquement (quelques fois par mois).

Les personnes qui ont déjà utilisé la partie du site réservée aux professionnel.le.s (n=80) ont presque toutes jugé le site très bon (29%) à plutôt bon (69%). Toutes ces personnes ont trouvé les informations du site pertinentes et utiles.

### **Résultats de l'enquête auprès des utilisateurs du site web**

Les utilisateur.trice.s du site Internet ayant répondu (N=28) ont généralement jugé le site très bon (46%) à plutôt bon (50%) et les informations sur le site ont été jugées pertinentes et utiles (89%). Ces résultats reflètent les appréciations des professionnel.le.s de la santé, même s'ils n'ont qu'une signification limitée en raison du faible nombre de réponses.

### **Statistiques d'utilisation du site web**

Depuis 2020, le nombre d'utilisations hebdomadaires du site web a dépassé les valeurs cibles visées, tant en ce qui concerne les personnes utilisatrices (34 par semaine en 2023/ 25 prévues) que les pages consultées dans les domaines destinés aux professionnel.le.s de la santé (15 pages consultées/semaine) et aux patient.e.s/proches (16 pages consultées par semaine/ 5 prévus) (cf. Tableau 3). Dans l'ensemble, les pages les plus visitées ont été la page d'accueil, la page du Marathon des Terroirs 2023, l'espace réservé aux professionnel.le.s de la santé ainsi que le calendrier.

**Tableau 3: Statistiques d'utilisation du site web (au 30.05.2023)**

	Total des utilisateurs / année [semaine]	Sessions par utilisateur Nombre	Durée moyenne de la visite min:sec	Pages consultées dans « l'Espace pro- fessionnels » Année [semaine]	Pages consultées dans « l'Espace patients et proches » Année [semaine]
2019 <sup>19</sup>	244 [5]	1.6	02:18	423 [8]	226 [4]
2020	1467 [28]	1.5	02:44	1485 [29]	893 [17]
2021	4918 [95]	1.4	01:59	1824 [35]	539 [45]
2022	4235 [81]	1.5	01:57	891 [17]	725 [14]
2023	1760 [34]	1.5	01:10	761 [15]	826 [16]

Les valeurs cibles atteintes sont indiquées en vert.

### Évaluation de l'utilisation des médias sociaux

Entre 2020 et mai 2023, Action Diabète a été active sur les plateformes de médias sociaux de la manière suivante :

- Facebook : 65 publications, 111 suiveurs ou suiveuses, 924 vues de profil
- Instagram : 28 publications, 1 story, 67 suiveurs ou suiveuses, 296 vues de profil
- LinkedIn : 13 publications, 29 suiveurs ou suiveuses
- En outre, des vidéos ont été mises à disposition sur YouTube (32 vidéos, 612 vues) et Vimeo (4 vidéos, 224 vues).

Ce sont les différentes publications effectuées – et les réactions qu’elles ont engendrés – qui ont permis d’atteindre ce nombre de suiveurs et suiveuses. Parmi ces publications, une minorité d’entre-elles, payantes, ont été financées par Action Diabète, soit dans le cadre de campagnes, soit pour booster l’éducation interprofessionnelle ou l’application DiabApp. La majorité de ces publications n’ont cependant pas été payantes et ont permis d’informer et relayer les différentes actualités d’Action Diabète.

Sur le plan opérationnel, la publication de contenus ciblés et de qualité dans les deux langues sur ces réseaux sociaux a pris beaucoup de temps à la direction du projet et a nécessité l’implication de plusieurs personnes pour prendre des photos, rédiger, corriger et valider les textes. L’équipe d’Action diabète de trois personnes, qui a géré l’ensemble du projet, n’avait pas les moyens de publier autant que prévu, de créer progressivement une communauté et de la mettre en réseau. Néanmoins, tous les événements importants ont été relayés avec plus ou moins d’impact. Il est évident que les publications payantes ont eu plus de succès que les gratuites.

Lors du dernier événement en 2023 - 15 patient.e.s diabétiques entraîné.e.s pour participer au Marathon des Terroirs – il a été renoncé à des publications payantes. En lieu et place, des contenus bilingues de qualité ont été rédigés et publiés, en veillant à bien y mentionner les partenaires impliqués.

<sup>19</sup> Le site a été lancé en novembre 2019.

D'une manière générale, la direction du projet est consciente que le recours à davantage de publications payantes aurait permis d'atteindre une plus grande audience et d'augmenter ainsi le nombre d'abonné.e.s. Cela n'a cependant pas été possible en raison du budget de communication limité alloué aux réseaux sociaux dans le cadre des campagnes. La priorité pour le domaine numérique a en effet été de promouvoir les téléchargements de DiabApp. Pour le reste, la priorité a été donnée aux relations avec les médias.

D'un point de vue qualitatif, les activités sur les réseaux sociaux ont toujours reçu de bons retours et de bonnes réactions (mentions "j'aime", liens partagés, commentaires).

Au niveau de la pérennisation, la poursuite et le relais des activités de Diabète Valais sur les réseaux sociaux par des contenus de qualité (photos d'événements, témoignages, vidéos, relais d'articles de presse) reste une priorité. Par exemple, un « template » (gabarit numérique standard) a été créé pour les photos et les vidéos afin de créer des publications homogènes et graphiquement cohérentes.

## e) DiabApp

### Évaluation

A l'été 2023, l'application DiabApp était disponible au téléchargement pour les deux systèmes d'exploitation (Android et IOS). Il n'y avait cependant pas (encore) d'accès spécifique à DiabApp pour les professionnel.le.s de la santé. C'est-à-dire qu'il n'était pas encore possible d'échanger des données issues de traitements chez d'autres spécialistes. Cette possibilité devrait exister à l'avenir via le DEP et le PSP.<sup>20</sup>

D'un point de vue conceptuel, les deux objectifs liés à l'application sont en accord avec les objectifs du projet et correspondent également aux objectifs du PSP :

- Autonomiser les patient.e.s en leur donnant accès aux données qui les concernent ;
- Lorsque plusieurs professionnel.le.s sont impliqué.e.s dans le suivi d'un.e même patient.e, renforcer leur collaboration interprofessionnelle en leur donnant à chacun.e accès aux informations pertinentes sur le traitement de cette personne.

A l'été 2023, l'application DiabApp ne proposait toutefois encore que peu d'informations spécifiques au diabète pour les patient.e.s, comme par exemple des recommandations de comportement. Les contenus y étaient décrits brièvement et représentés graphiquement. Il s'agirait donc de vérifier si des informations plus détaillées pourraient être mises à disposition, pour autant bien sûr que cela corresponde à un besoin des patient.e.s.

---

<sup>20</sup> Lorsque l'application DiabApp pour les patient.e.s sera reliée au DEP et au PSP, les soignants pourront - puisqu'ils auront aussi accès à ces plateformes - accéder automatiquement aux données et aux rapports de l'application DiabApp du / de la patient.e. Actuellement, les mesures nécessaires sont prises pour permettre cette connexion de DiabApp au DEP et au PSP, mais il faudra encore plusieurs années pour que cela fonctionne. Selon l'association CARA, qui dirige le projet, l'horizon temporel est 2030.

L'utilité de DiabApp pour atteindre les patient.e.s et promouvoir l'interprofessionnalité a été remise en question par certains acteurs. Parmi les raisons invoquées figuraient le fait que d'autres applications existaient déjà pour la gestion du diabète, la difficulté d'atteindre le groupe cible des personnes âgées avec une application, ainsi que des doutes quant à la portée et l'utilisation réelles de DiabApp face à la concurrence du futur PSP (cf. rapport intermédiaire d'évaluation 3).

### **Appréciation des professionnel.le.s interrogés**

Seuls 6% (N=22) des professionnel.le.s de la santé interrogés connaissaient l'application DiabApp et en étaient familiers. Sur ces 22 personnes, 18 ont jugé l'appli pertinente et utile. 13 personnes ont jugé l'appli en général plutôt bonne, deux personnes l'ont jugée plutôt mauvaise.

<sup>21</sup>

### **Statistique des utilisateurs**

Jusqu'à fin mai 2023, l'application a été téléchargée 573 fois (191 dans le Bas-Valais, 273 dans le Valais central, 109 dans le Haut-Valais). Le nombre de téléchargements et de nouveaux utilisateur.trice.s n'a cessé d'augmenter depuis son lancement, début 2021. En avril/mai 2023, l'app a enregistré 517 utilisateur.trice.s actif.ve.s avec 1'519 sessions (en 2022, il y avait au total 1'995 sessions). Selon l'App Store, il y a eu environ 3 pages vues par session au premier trimestre 2023, selon le Google Play-Store environ 17 pages vues par utilisateur.trice. Cela témoigne d'un recours plus intense à l'application, même si le nombre de suppressions de l'application par trimestre n'est pas négligeable. L'objectif quantitatif d'Action Diabète concernant DiabApp est que 100 patient.e.s l'utilisent régulièrement. Cet objectif n'est pas vérifiable, car nous n'avons pas les moyens de savoir qui utilise effectivement l'App.

## **f) Dépistages**

### **Mesures et prestations déployées**

Sur l'ensemble du projet, 2'521 personnes ont été testées - la plupart après un test Findrisk - soit une moyenne d'environ 720 par an (de 2020 à mi-2023). La grande majorité a été testée dans le cadre des deux campagnes de dépistage et d'information d'Action Diabète et du Marathon des Terroirs. Une minorité (351) a été testée dans des pharmacies partenaires. La valeur cible était de 500 tests/an.

### **Évaluation**

Selon le site Internet d'Action Diabète, une personne sur trois en Valais ne sait pas qu'elle est diabétique. Par sa communication ciblée, Action Diabète a logiquement tenté d'amener ces

---

<sup>21</sup> Attention : très petit nombre de cas.

personnes, qui échappent au suivi des médecins généralistes<sup>22</sup>, à ses stands d'information et de dépistage.

De ce point de vue (dépistage ciblé), le module vidéo produit pour former les travailleurs sociaux des organisations partenaires semble très cohérent.

Enfin, il faut saluer la collaboration avec les pharmacies qui a eu lieu en 2022, notamment par le biais d'une indemnisation pour chaque test de dépistage effectué. D'une part, parce que cela a permis de lutter contre la concurrence potentielle entre les associations du diabète et les pharmacies pour la vente de matériel LiMA. Mais surtout, les pharmacies sont un lieu important pour identifier les patient.e.s qui ont tendance à s'automédiquer et qui bénéficient donc de peu de suivi médical.

Après s'être largement concentré sur le dépistage et la gestion du diabète de 2020 à 2022, Action Diabète a ensuite décidé, en 2023, d'élargir sa focale au thème « diabète et activité physique » en participant au Marathon des Terroirs du Valais. Le dépistage y a été maintenu - avec un stand pendant le marathon - mais ce n'était pas la priorité de cet événement. Compte tenu du rôle central de l'activité physique dans la prévention primaire et tertiaire du diabète, nous pouvons considérer cette décision comme positive.

#### g) Prestations de conseil de l'AVsD et de Diabetes Oberwallis

Les associations proposent deux types de prise en charge et de suivi :

- Éducation thérapeutique des patient.e.s / conseils, y compris la remise d'informations ;
- Soins des pieds par l'AVsD (qui ne sont toutefois pas pris en compte dans la valeur cible du projet en termes d'heures de consultation).

#### Évaluation

Les associations du diabète ont fourni chaque année environ 1'340 à 2'000 heures de conseil (valeur cible : 1 700 h / an), et l'AVsD a fourni en outre environ 1'350 à 1'700 heures de soins des pieds.

Sur les 1'910 patient.e.s enregistré.e.s dans le monitoring des associations, **1'321** ont eu **au moins deux consultations** au cours de la période observée. En moyenne et toujours durant cette période, chaque patient.e a eu recours à **4,1 consultations** (AVsD 4,0, Diabetes Oberwallis 4,5).

Les données de suivi montrent que les deux associations ont pu augmenter leur nombre de patient.e.s durant le projet, mais que ce rythme de croissance a diminué au cours du temps chez chacune. Cela est le signe que, avec le temps, les associations ont réussi à **mieux couvrir les patient.e.s diabétiques** dans leurs régions et que, par conséquent, le nombre de nouveaux et nouvelles patient.e.s a diminué.

<sup>22</sup> Causes possibles : franchises LAMal élevées, peu enclins à consulter un médecin, voire marginalisés.

**Tableau 4** Nombre de nouveaux et nouvelles patient.e.s des associations du diabète

	01.10.2019- 31.12.2020	01.01.2021- 31.12.2021	01.01.2022- 30.09.2022
Nombre de nouv. pat. AVsD	693	497	339
Nombre de nouv. pat. Haut-Valais	186	128	67

Source : Monitoring des associations du diabète

Le plus souvent, les patient.e.s connaissent les associations du diabète par leur **médecin** (DGO : 58%, AVsD : 73%). Les autres patient.e.s connaissent les associations du diabète soit par l'hôpital, soit par le bouche-à-oreille. Très peu de patient.e.s ont découvert les associations par le biais de leurs sites Internet.

#### **h) Cohorte Qualité Diabète Valais de l'Observatoire valaisan de la santé**

Des informations détaillées sur la Cohorte Qualité Diabète Valais sont disponibles sur le [site](#) de l'Observatoire valaisan de la santé. Au 20 avril 2023, 411 patient.e.s avaient été recruté.e.s pour la cohorte et avaient rempli le premier questionnaire (objectif initial : 500 à fin 2022, adapté à 400 à fin 2022 et 500 à juin 2023 en raison de la crise du COVID). Voici ce que nous retenons concernant les recrutements et les participant.e.s de la cohorte :

- La majorité a été recrutée via les associations valaisannes du diabète (69%). Par ailleurs, 9% ont été recruté via les campagnes d'Action Diabète de 2021 et 2022. D'autres recrutement ont passé par la communication de l'Observatoire valaisan de la santé ainsi que via des institutions médicales et sociales ;
- La majorité des personnes recrutées étaient des hommes (61%), avaient plus de 65 ans (56%) et vivaient dans le Valais romand (88%) ;
- 75% avaient un diabète de type 2.

L'Observatoire valaisan de la santé a publié chaque année un rapport intermédiaire et un rapport annuel sur l'étude de cohorte, ainsi que des Newsletters.

#### **Évaluation**

- Le recrutement, bien que continuellement retardé, a augmenté régulièrement et s'est légèrement diversifié au cours du projet, même si les associations du diabète et Action Diabète sont restées les principaux canaux.
- Les rapports de la cohorte donnent un bon aperçu de la situation des participant.e.s (caractéristiques, comportements de santé, mesures de prévention, complications, etc.). Pour évaluer le traitement du diabète des participant.e.s à la cohorte, l'OVS s'est référé aux recommandations de la Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie (SSED) et, en ce qui concerne le mode d'alimentation des diabétiques, aux recommandations de la Société suisse de nutrition (SSN-SGE).

- Les rapports contiennent en outre, sur la base des faiblesses constatées en matière de prise en charge des personnes diabétiques, de précieuses recommandations pour améliorer la situation. La présence du Représentant de l'étude de cohorte au sein du Comité de pilotage directeur d'Action Diabète était de nature à garantir la prise en compte de ces recommandations dans les activités d'Action Diabète.
- La comparaison des résultats de 2020/2021 d'une part et 2022/2023 d'autre part n'a pas révélé de différences significatives. Au cours de cette période, il a été observé une tendance à la réduction de la douleur et de l'inconfort ainsi qu'à la diminution de la consommation de fruits et légumes et de l'activité physique chez les participants à l'étude. Un peu plus de personnes ont signalé qu'elles s'étaient fixé un objectif en matière de tension artérielle (voir le chapitre suivant sur les résultats).

### 3.2.2 Évaluation de la réalisation des objectifs

#### **Comment les performances doivent-elles être évaluées ? (Justification, atteinte des objectifs en matière d'outputs et évaluation des écarts éventuels)**

Action Diabète a été **adapté de manière appropriée et dynamique** aux circonstances : les responsables du projet ont reconnu au cours du temps que diverses adaptations - notamment une plus grande focalisation sur les mesures de communication - étaient nécessaires pour atteindre les objectifs de départ.

La réalisation des valeurs cibles fixées par Action Diabète peut être **évaluée positivement** dans l'ensemble. **Toutes les valeurs cibles vérifiables ont été atteintes ou partiellement atteintes.** Au moment de l'évaluation finale, il n'existe pas d'informations fiables sur la vérification d'une valeur cible (nombre de professionnel.le.s de la santé collaborant régulièrement avec au moins 1 autre professionnel de la santé pour le traitement des diabétiques).<sup>23</sup>

La valeur cible de l'objectif I.2.1 (« nombre de professionnel.le.s de la santé qui rentrent ou téléchargent des rapports sur l'application mobile (50) ») n'a été que **partiellement atteinte** à la fin du projet, car la transmission de rapports dans l'application n'était pas encore possible. Le développement de cet aspect de l'application pour les professionnel.le.s avait pourtant commencé, avant d'être interrompu car l'intégration de l'application dans le DEP et le PSP rendront cette fonction superflue. Action Diabète s'est donc plutôt concentrée sur l'amélioration de l'application pour les patient.e.s et sur la possibilité de synchroniser à l'avenir l'application DiabApp avec le DEP et le PSP. Cette piste est actuellement étudiée en collaboration avec CARA.

#### **Examen plus détaillé des différents objectifs et valeurs cibles**

En ce qui concerne l'objectif I.1.1 (« En 2022, l'AVsD et le DGO font office d'**interface pour la gestion du diabète en Valais** »), les deux premiers indicateurs relevés reflètent surtout les **activités intenses et pertinentes d'Action Diabète** dans ce sens. En revanche, l'indicateur

<sup>23</sup> Des informations sur cette valeur cible pourraient être fournies à l'avenir par le biais du GPP.

« nombre (et type) de professionnels qui réfèrent leurs patients à l'AVsD ou à la DGO » (295) atteint certes la **valeur cible** (250), mais semble **plutôt faible** au vu du fait qu'il existe près de 3'000 « référents » potentiels en Valais. Concernant ce dernier résultat, si nous considérons que le résultat attendu du projet est la mise en place d'une collaboration systématique entre tous les acteurs concernés autour d'un protocole unique de prise en charge des patient.e.s diabétiques dans tout le canton, alors le projet n'a pas atteint son objectif. Cependant, si nous considérons, de manière réaliste et en accord avec la description initiale du projet, qu'Action Diabète vise à renforcer et à accélérer l'évolution (trop lente) vers une prise en charge mieux coordonnée des maladies chroniques, nous pouvons considérer que les activités d'Action Diabète ont contribué de manière significative à se rapprocher de l'objectif I.1.1.

L'objectif I.2.1 concernant la **prise en charge interprofessionnelle** des personnes diabétiques est atteint dans la mesure où 80% des patient.e.s des deux associations du diabète étaient, à la fin du projet, suivis **par au moins quatre spécialistes de professions différentes**. En outre, il existe un **site web** et **une application qui mettent** des informations à la disposition des différents professionnel.le.s et patient.e.s et qui pourront servir à l'avenir d'instrument de collaboration interprofessionnelle (entre autres par le biais de l'espace du site dédié aux professionnel.le.s, ainsi que via la transmission de rapports grâce à l'App).

S'agissant de l'objectif I.2.2. (**dépistage** de 500 personnes / an), l'organisation de campagnes sur le terrain et à une communication intensive ont permis de **dépasser largement, depuis 2020 déjà, la valeur cible**.

L'objectif I.3.1. (« 80% des diabétiques gèrent leur maladie ») peut également être considéré comme atteint, car Action Diabète et les associations du diabète y ont contribué grâce à la **transmission de connaissances** et à la **sensibilisation** via les entretiens de conseil, les documents d'information, le site web et l'application.

En ce qui concerne les objectifs II.1.1 à II.1.3, qui se rapportent à la **formation**, nous constatons qu'ils ont **tous été largement atteints**. Les objectifs liés au **développement de la cohorte** (II.2.2.) ont également été **atteints**. Ses résultats permettent de tirer des conclusions épidémiologiques sur la prise en charge du diabète en Valais. De plus, ils permettront, en cas de poursuite de la cohorte, de monitorer les effets d'Action Diabète à plus long terme - et plus généralement l'évolution de la prise en charge du diabète en Valais - et d'en tirer des conclusions pour le pilotage du projet.

Les objectifs II.3.1/3.2 concernant la **mise à disposition d'informations sur les questions de financement** liées au diabète et une réflexion sur les prestations complémentaires possibles ont été atteints dans la mesure où l'un des dépliants produits par Action Diabète (« Diabétiques ? Êtes-vous bien informés ? ») aborde cette question et renvoie les personnes ayant d'autres questions vers les associations du diabète. Celles-ci ont la possibilité d'avoir recours à un fonds cantonal pour les cas de rigueur. Le montant disponible étant limité, il a toutefois été décidé de ne pas faire de publicité sur son existence. Par ailleurs, Action Diabète s'est engagée en 2022 et 2023 pour que soit inscrite dans la législation cantonale la possibilité de déduire un montant forfaitaire annuel pour les dépenses liées à la maladie des personnes



diabétiques. Cette possibilité existait jusqu'alors, mais avait été supprimée en 2022, faute de base légale suffisante.

Enfin, la vérification de deux indicateurs aurait nécessité des données supplémentaires, et n'a donc été possible. Il s'agit de la « proportion des patients qui connaissant les associations valaisannes du diabète » et de la régularité de l'utilisation de DiabApp par les patient.e.s.

## 4 Effets chez les professionnel.le.s et sur les conditions-cadres

**Question d'évaluation globale : Quels effets ont été obtenus auprès des multiplicateur.trice.s (= professionnel.le.s) et/ou au niveau des relations ?**

### **Remarque sur l'évaluation des effets**

Action Diabète était un projet de santé publique à large échelle, puisqu'il incluait potentiellement toute la population diabétique - diagnostiquée ou non - du Valais (les deux régions linguistiques), toute la population à risque de diabète et tou.te.s les professionnel.le.s potentiellement concerné.e.s, c'est-à-dire la quasi-totalité des professionnel.le.s soignant.e.s du Valais.

De plus, en ce qui concerne la collaboration interprofessionnelle, le projet partait d'une situation où rien de formel ou de systématisé n'existait auparavant. La pratique générale consistait, sauf exception, à ce que chaque professionnel.le / institution travaille de manière bilatérale avec "ses" patient.e.s.

Les effets d'Action Diabète doivent donc être évalués à la lumière de cette situation de départ. Le projet ne pouvait donc pas prétendre réduire substantiellement en quatre ans la proportion de diabétiques non diagnostiqués ou introduire une collaboration interprofessionnelle systématique et codifiée par des itinéraires de soins standardisés. L'étude de cohorte vaudoise Co-Diab-VD montre en outre que de tels effets ne se manifestent que sur une période d'environ 7 à 10 ans (Antille-Zuercher et al. 2018).

Dans le cadre de la présente évaluation, l'impact d'Action Diabète a été évalué en termes de changements (connaissances, attitudes et/ou comportements) chez les personnes directement concernées par le projet (professionnel.le.s de santé et patient.e.s).

Mais cela ne suffirait pas à rendre justice au projet si l'on ne tenait pas compte aussi et surtout des dynamiques induites par l'accent mis sur la communication et les relations publiques. Et ce, tant chez les professionnel.le.s (attention et intérêt pour le diabète, pour l'acquisition de connaissances utiles, pour l'importance de la collaboration interprofessionnelle, contribution à la création d'une culture autour de la prise en charge coordonnée des MNT...) que chez la population à risque (intérêt à se faire dépister) et diabétique (intérêt à s'impliquer davantage dans la gestion de leur maladie).

## 4.1 Atteinte des professionnel.le.s

### Quels types de multiplicateur.trice.s (= professionnel.le.s) ont été atteints ? Et combien ?

L'un des objectifs principaux d'Action Diabète était de soutenir les deux associations valaisannes du diabète dans leur rôle de partenaires centraux pour les patient.e.s et les professionnel.le.s dans la prise en charge du diabète. Plus concrètement, il s'agissait de faire en sorte qu'à la fin du projet, l'AVsD et Diabetes Oberwallis jouent le rôle de « conseiller de confiance » pour les patient.e.s prédiabétiques (accompagnement et formation pour prévenir l'apparition du diabète) et les patient.e.s diabétiques (accompagnement, formation et coordination du traitement). Les conclusions de l'évaluation montrent que **les professionnel.le.s de la santé reconnaissent davantage le nouveau rôle de l'AVsD et de Diabetes Oberwallis et s'appuient davantage sur elles** pour garantir une prise en charge de qualité, même si des améliorations sont encore possibles à cet égard.

Les objectifs définis à cet égard ont été atteints :

- La coopération entre les organisations professionnelles a été renforcée : des partenariats ont été établis avec **19 organisations professionnelles ou de patient.e.s** (valeur cible : cinq) ;
- Jusqu'à présent, un total de **3'783 professionnel.le.s** (valeur cible de 250) issus de divers milieux de soins (settings) ont été atteints de différentes manières (informations sur le projet, formations, participation au dépistage et à d'autres mesures...) ;
- Le **nombre de professionnel.le.s de santé adressant** des patient.e.s aux deux associations valaisannes du diabète est en constante augmentation depuis 2019 (295 à fin 2022, valeur cible 250) ;
- **Environ 83%** (2021 : 88%, valeur cible 80%) des participant.e.s à l'étude de cohorte Diabète Qualité Valais **connaissaient les associations du diabète**. Cependant, ce taux de notoriété n'est pas généralisable, car 69% des participant.e.s ont été recruté.e.s par les associations et 9% supplémentaires par des campagnes d'Action Diabète.

Ces chiffres ont été confirmés par l'enquête écrite en ligne auprès des professionnel.le.s de la santé sur la notoriété d'Action Diabète et le rôle des associations. Il s'est avéré qu'environ deux tiers des professionnel.le.s de la santé y ayant répondu (N=341) connaissaient au moins le projet Action Diabète, même si seul un cinquième d'entre eux le connaissaient concrètement. La notoriété d'Action Diab et surtout la connaissance des mesures et prestations que le projet a permis de produire pourraient toutefois être encore améliorées pour la suite.

**Tableau 5: Degré de notoriété du projet parmi les professionnel.le.s (N=341)**

Notoriété	Proportion
Je n'avais guère entendu parler du projet et n'en connaissais pas les contenus	32%
J'en connaissais l'existence et savais pouvoir m'y référer si besoin	43%
Le projet m'était familier et j'en connaissais les principales mesures	21%
Je connais bien le projet Action Diabète qui fait partie de mon paysage professionnel.	4%

Les professionnel.le.s ont été informés du projet de différentes manières (classées par fréquence) :

- Le plus souvent par le bouche-à-oreille (20%) ;
- Via la Newsletter (18%) ou via le site web (17%) ;
- A travers la participation à une formation continue ou un événement lié au projet ;
- En participant à l'un des organes du projet ;
- Via la presse, des affiches ou la publicité.

L'enquête écrite menée auprès des professionnel.le.s de la santé a en outre révélé qu'ils considèrent que le rôle des associations du diabète est avant tout d'être un lieu de conseils généraux pour les personnes diabétiques, mais aussi de conseils particuliers et d'éducation thérapeutique (cf. Tableau 6). Cela comprend entre autres la mise à disposition et les conseils autour du diabète, la mise en relation avec des spécialistes, l'organisation et la réalisation d'actions de dépistage ainsi que, pour l'AVSD, les soins des pieds. En outre, un tiers des professionnel.le.s de la santé ayant répondu perçoivent déjà les associations du diabète comme des partenaires centraux pour les professionnel.le.s de la santé dans le cadre de la prise en charge des patient.e.s diabétiques.

**Tableau 6 Rôle des associations du diabète (N=341, plusieurs choix possibles)**

Rôle	Proportion
Un lieu de conseils généraux pour les personnes diabétiques	62%
Un lieu de conseils particuliers et d'éducation thérapeutique pour les personnes diabétiques	54%
Un lieu de soins pour les personnes diabétiques	31%
Un partenaire central des autres professionnel.le.s dans la prise en charge des personnes diabétiques	33%

Tout comme les professionnel.le.s, les patient.e.s interrogé.e.s (via des entretiens et focus groupes) considèrent que les associations du diabète ont avant tout une fonction de **conseil et de soutien**. Les prestations et la disponibilité de ces associations sont très appréciées. Toutefois, aucun changement n'est perçu dans leur rôle depuis le début du projet Action Diabète.

## 4.2 Pratiques préventives et effets sur les conditions-cadres

**Quelles pratiques préventives les multiplicateur.trice.s (= professionnel.les) atteints ont-ils mis en œuvre et comment ? Quels effets ont été obtenus sur les conditions-cadres ? Comment évaluer les effets obtenus ?**

De manière générale, les professionnel.le.s interrogé.e.s ont jugé la **qualité de la prise en charge du diabète** en Valais **satisfaisante, voire très satisfaisante** (73%). Cela correspond également à l'appréciation générale des patient.e.s interrogé.e.s et des professionnel.le.s du comité de pilotage. Le rapport de la Cohorte Qualité Diabète Valais 2023 confirme que la grande majorité des examens de contrôle - à l'exception du contrôle des pieds et de la glycémie à long terme (valeur HbA1c) - sont effectués régulièrement. Cependant et toujours selon ce rapport, beaucoup de patient.e.s n'ont pas d'objectifs de traitement pour le taux d'HbA1c et la tension artérielle.

Les pratiques préventives des professionnel.le.s de la santé renforcées par Action Diabète ont été la **sensibilisation à la collaboration interprofessionnelle, la réalisation de dépistages, l'orientation des patient.e.s vers les associations du diabète et, plus généralement, leur sensibilisation au thème du diabète**. Cela a été atteint grâce aux mesures suivantes :

*Effets sur les **connaissances** sur le diabète, **l'attitude et le comportement** des professionnel.le.s de la santé*

**Des formations ont été élaborées et mises en œuvre** : Les professionnel.le.s ont été formé.e.s (connaissances), sensibilisé.e.s (attitude) et impliqué.e.s dans le projet (comportement). Les formations ont été très appréciées en termes d'acquisition de connaissances et d'échanges entre les participants. Toutefois, on constate aujourd'hui une certaine saturation, par exemple chez les assistantes médicales, en ce qui concerne les formations.

**Le site Internet [actiondiabetes.ch](http://actiondiabetes.ch) et l'application DiabApp ont été mis en place**, fournissant des informations pertinentes aux professionnel.le.s de la santé et aux patient.e.s (connaissances et comportement). Il n'est toutefois pas encore possible d'évaluer dans quelle mesure l'utilisation du site web et de l'application contribuent à améliorer l'interprofessionnalité et la prise en charge du diabète, notamment parce que ces deux instruments ne sont pas encore pleinement fonctionnels.

**Des partenariats** importants ont été mis en place en matière de prise en charge du diabète et les acteurs collaborent mieux (attitude et comportement). Cependant, jusqu'à présent, les assistantes médicales n'ont pas joué le rôle de coachs de patient.e.s (formation continue avec brevet fédéral de coordinatrice en médecine ambulatoire). Cela s'explique par le fait que les cabinets médicaux ont une autre culture, plus axée sur les soins que sur l'accompagnement des patient.e.s, par l'absence de financement d'une telle formation par l'AOS et par la surcharge générale des assistantes médicales.

Par ailleurs, Action Diabète a tenté d'harmoniser, dans plusieurs domaines, les processus et pratiques administratifs et financiers comme condition préalable au renforcement de la collaboration interprofessionnelle (conditions-cadres). Voici quelques exemples :

- L'**accord de coopération** entre les associations du diabète AVsD/Diabetes Oberwallis et le Groupement valaisan des centres médico-sociaux (GVCMS), dont les négociations se sont déroulées sous l'égide d'Action Diabète. Il s'agissait spécifiquement du financement des formations pour les CMS par Action Diabète et plus globalement de l'harmonisation des pratiques de facturation.
- Le **monitoring** interne et **standardisé** de l'AVsD, désormais également disponible et utilisé par le Diabetes Oberwallis et qui fait maintenant partie du contrat de prestations entre le canton et les deux associations.
- La **convention de collaboration avec les podologues** qui a débouché sur une information, envoyée à tous les médecins du canton, quant aux modalités de travail entre les associations du diabète et les podologues.

### 4.3 Effets sur l'interprofessionnalité

**La coopération inter- et/ou multidisciplinaire a-t-elle été améliorée ? Si oui, entre qui ? Les interfaces au sein et/ou en dehors du système de soins de santé ont-elles été améliorées ? Si oui, dans quelle mesure ?**

Une partie des effets décrits précédemment au niveau structurel a également un lien avec l'interprofessionnalité dans la prise en charge du diabète. De manière générale, on constate que les professionnel.le.s du Valais **sont** davantage **sensibilisé.e.s** au **thème du diabète (connaissances)** et à **l'importance de la collaboration interprofessionnelle dans la prise en charge du diabète en Valais (attitude)**. Une dynamique a été enclenchée, qui s'est traduite concrètement par les éléments suivants :

- Action Diabète a augmenté la notoriété du thème du diabète et de l'interprofessionnalité parmi les professionnel.le.s de la santé (connaissances).
- Le personnel soignant des EMS ne connaissait pas les associations du diabète avant le lancement d'Action Diabète. Grâce aux formations organisées, ces personnes ont non seulement été formées (directement ou par cascade en interne), mais elles connaissaient également les associations du diabète et leur rôle (connaissances, attitudes).
- Une culture de la collaboration interprofessionnelle s'est progressivement développée au sein du corps médical, en particulier chez la jeune génération de médecins (attitudes). Et **cela est bien dû, en tous cas partiellement, à Action Diabète**, en particulier à ses formations interprofessionnelles et à ses messages réguliers sur l'importance de l'interprofessionnalité. Le problème non résolu du financement des tâches de coordination par les assistantes médicales constitue toutefois un frein dans ce domaine.
- Le nombre de patient.e.s référés aux associations du diabète par des médecins n'a cessé d'augmenter, ce qui reflète également le rôle des associations dans le paysage cantonal (comportement).
- L'AVsD et Diabetes Oberwallis ont régulièrement adressé des patient.e.s à des diététicien.ne.s (comportement).

- Du point de vue des patient.e.s interrogé.e.s dans le Haut-Valais<sup>24</sup>, la collaboration interprofessionnelle fonctionne bien. Le fait que, dans cette partie du canton, les prestations de conseils infirmiers en diabétologie aient lieu en commun le/la diabétologue y est très apprécié.e. Toujours selon eux, les échanges entre le/la diabétologue et les médecins de famille fonctionnent bien. Aucune modification de la collaboration interprofessionnelle n'a cependant été constatée durant le projet.
- Selon les patient.e.s interrogé.e.s dans le Valais romand, la collaboration entre les professionnel.le.s de la santé fonctionne bien. Ces personnes se sentent généralement bien prises en charge et accompagnées, mais la coordination entre le médecin de famille et les autres spécialistes, notamment les diabétologues, pourrait être améliorée. Elles considèrent que la coordination repose encore trop sur les individus et peu sur des conditions structurelles. Enfin, selon elles, le manque de médecins généralistes constitue un obstacle à une bonne prise en charge.

**L'interprofessionnalité s'est manifestée dans les parcours de soins** : en moyenne, chacun.e des patient.e.s des deux associations et durant sa période d'accompagnement par celles-ci (entre oct. 2019 et sept. 2022), a été suivi par **4,4 professionnel.le.s** de différentes professions. Sur ce plan, les patient.e.s des deux associations ne se distinguent que légèrement (Diabetes Oberwallis: 4.6, AVsD : 4.4).

Plus généralement et sur cette période, **80% des patient.e.s ont été pris en charge** ou conseillés **par au moins 4 spécialistes de différentes professions**. Ce pourcentage varie légèrement d'une association à l'autre (Diabetes Oberwallis : 87%, AVsD : 78%). NB : Pour mesurer ceci, seuls les patient.e.s ayant bénéficié d'au moins 2 séances de conseil de la part de l'une ou l'autre des associations ont été pris en compte<sup>25</sup>.

Enfin, l'analyse des données à disposition montre que les patient.e.s suivi.e.s par les deux associations l'étaient également souvent par les **professionnel.le.s** suivants :

- **Médecin de famille** (89% de tous les patient.e.s) ;
- Dans le Haut-Valais, presque tous les patient.e.s étaient suivis par un.e **diabétologue** (96%) et une **infirmière conseillère en diabète (98%)** en plus de leur médecin de famille ;
- En revanche, dans le cas de l'AVsD, tous les patient.e.s ont été accompagné.e.s **soit** par un.e **infirmier.e spécialisé.e (soins des pieds), soit par un.e infirmier.ère** (respectivement 54% et 51%) ;
- Dans les deux associations, nombre de patient.e.s ont également été suivi.e.s par des **ophtalmologues** (59%) et un quart par des **diététicien.ne.s** (26%).

Comme les patient.e.s sont pratiquement toujours accompagné.e.s par plusieurs professionnel.le.s de la santé, il est intéressant d'analyser les **combinaisons des professionnel.le.s de**

<sup>24</sup> Pour situer les choses : tous les patient.e.s interrogé.e.s sont suivis par le cabinet d'une même diabétologue, qui travaille en collaboration avec les deux infirmières conseil.

<sup>25</sup> Si l'on tient également compte de ceux qui n'ont bénéficié que d'une seule séance de conseil, la proportion de celles et ceux qui ont été suivis par au moins 4 spécialistes est de 41%.

**la santé qui les suivent.** Les combinaisons les plus fréquentes (par ordre de fréquence décroissante) reflètent également les complications et les manifestations cliniques les plus fréquentes du diabète :<sup>26</sup>

- Médecin de famille + ophtalmologue
- Médecin de famille + diabétologue
- Diabétologue + Ophtalmologue
- Médecin de famille + infirmier.e (spécialisé/e)

Action Diabète s'est efforcé d'intégrer les soins de pédicure/podologie dans le traitement du diabète : le comité de pilotage d'Action Diabète était conscient qu'il y avait encore trop de complications au niveau des pieds.<sup>27</sup> C'est pourquoi les podologues ont été impliqués dans la campagne sur le diabète de 2022 et étaient présents sur les stands où ils prodiguaient gratuitement des soins de pieds aux personnes diabétiques. En 2023, un poster a été créé pour le personnel soignant afin d'attirer l'attention sur l'importance des complications au niveau des pieds. Cela a permis de :

- Sensibiliser à l'importance des soins des pieds dans le traitement du diabète ;
- Vérifier la nécessité des soins. Une grande partie des patient.e.s qui ont profité de cette possibilité sur certains stands avaient des pieds en mauvais état, alors qu'ils étaient suivis par leur médecin généraliste pour leur diabète ;
- En outre, un accord de collaboration entre l'AVSD / Diabetes Oberwallis et les podologues était en cours de négociation à la fin du projet.

### **L'interprofessionnalité du point de vue des professionnel.le.s de la santé**

Parmi les professionnel.le.s ayant répondu à l'enquête, **66%** travaillaient **en réseau avec d'autres professionnel.le.s** (N=330 pour cette question). Les 34% restants ont indiqué qu'ils travaillaient plutôt seuls et comptaient sur le/la patient.e pour assurer la coordination avec les autres professionnel.le.s.

Celles et ceux qui ont répondu qu'elles et ils travaillaient en réseau semblent travailler le plus souvent avec des médecins de famille, des diabétologues, des endocrinologues, des infirmier.e.s en EMS ou en CMS, des diététicien.ne.s et des podologues (cf. Tableau 7).

---

<sup>26</sup> Manque la podologie.

<sup>27</sup> La cohorte montre également le besoin de soins des pieds plus réguliers : c'était l'une des recommandations du rapport 2021 et elle est à nouveau mentionnée dans le rapport 2022.

Tableau 7: Collaboration des professionnel.le.s de la santé (N = 217)

Professionnels	N	%
Médecin généraliste, en cabinet	163	75%
Médecin diabétologue / endocrinologues, en cabinet	133	61%
Infirmier.e.s en EMS ou CMS	105	48%
Diététicien.ne	86	40%
Podologue	77	35%
ASSC en EMS ou CMS	59	27%
Pharmacien.ne	41	19%
Autre(s)	37	17%
Médecin ophtalmologue, en cabinet	26	12%
Assistant.e médical.e, en cabinet	22	10%
Bottier orthopédiste	22	10%
Médecin hospitalier	16	7%
Assistant.e pharmacien.ne	15	7%
Travailleur.euse du domaine social (ORP, OSEO, aide sociale, institution, etc...)	14	6%
Médecin, autre spécialité, en cabinet	6	3%
Médecin gynécologue, en cabinet	3	1%

### Évaluation de la collaboration interprofessionnelle

Un peu plus des deux tiers des répondant.e.s considèrent **que la collaboration interprofessionnelle est plutôt bonne (48%) à très bonne (11%)**. Environ la moitié ont indiqué qu'ils essayaient, en général et si nécessaire, de coordonner leurs actions entre eux. Environ un **cinquième des professionnel.le.s répondant** ont toutefois indiqué qu'ils ne **coordonnaient** leurs actions **que lorsqu'ils se connaissaient déjà** et/ou lorsqu'ils **avaient le temps de le faire** (18%). Dans l'ensemble, il existe donc déjà une **base pour la collaboration interprofessionnelle, qui peut encore être développée**.

### Évaluation de la contribution d'Action Diabète

Parmi les personnes qui connaissaient Action Diabète, **43%** ont indiqué que le projet avait **contribué de manière sensible** à l'amélioration de collaboration interprofessionnelle et **46%** ont répondu que le projet **y avait contribué un peu**. L'évaluation de ceux qui connaissent le projet et qui peuvent donner leur avis est donc **très positive avec un total de 89%**.<sup>28</sup>

Pour les répondant.e.s estimant que le projet avait eu un impact léger ou sensible sur la collaboration interprofessionnelle (N=108), les facteurs de réussite suivants ont été mentionnés (choix multiple possible) :

- Les formations interprofessionnelles d'Action Diabète (43%) ;
- Les campagnes de dépistage d'Action Diabète en pharmacies et cabinets médicaux (38%) ;
- Le site internet d'Action Diabète (37%) ;

<sup>28</sup> L'autre moitié (53%) des multiplicateur.trice.s interrogé.e.s n'a pas pu évaluer si le projet Action Diabète avait contribué à renforcer la collaboration interprofessionnelle.



- Les réseaux sociaux et les médias (respectivement 15% et 14%) ;
- Autre : sensibilisation des professionnel.le.s impliqué.e.s dans le suivi du diabète ainsi que sensibilisation du grand public.

#### *Effets sur le **comportement** des professionnel.le.s de la santé vis-à-vis du diabète*

Certains effets ont pu être observés au niveau du comportement des professionnel.le.s de la santé. Ils ont soutenu les dépistages effectués par les associations du diabète et ont référé davantage de patient.e.s aux associations du diabète qu'ils ne le faisaient avant le projet. Les patient.e.s ont été davantage pris en charge de manière interprofessionnelle par différents spécialistes. En outre, divers professionnel.le.s de la santé ont participé activement au recrutement de patient.e.s pour la cohorte diabète.

## 5 Effets chez les patient.e.s

### **Combien de patient.e.s (ou de proches) ont bénéficié du projet (par exemple, y ont participé) ? Chez combien de personnes concernées des effets ont-ils pu être mis en évidence ?**

Si Action Diabète a, certes, induit des premiers changements quant à la prise en charge interprofessionnelle du diabète en Valais, il est toutefois encore trop tôt pour tirer des conclusions détaillées sur l'atteinte des effets visés au départ **sur les patient.e.s** (autogestion de la maladie, amélioration de la qualité de vie, prévention du diabète). Ces effets ne **seront visibles** qu'à **long terme**.

De ce fait, s'agissant des effets présentés ci-après relatifs à l'amélioration des connaissances, aux changements d'attitude, de comportement ou encore de l'état de santé, il n'est pour l'heure guère possible d'en déterminer la part attribuable au projet. Ce constat va de pair avec l'étude de cohorte CoDiab-VD (Cohorte des patient.e.s diabétiques du canton de Vaud (Suisse), 2011-2017), qui a montré que ce programme n'avait, après 5-6 ans d'existence, encore guère eu d'impact sur les indicateurs cliniques (Antille-Zuercher et al. 2018).

S'agissant du nombre de patient.e.s ayant bénéficié du projet :

- Pendant les campagnes de 2021 et 2022 ainsi que pendant le Marathon des Terroirs, ce sont 2'521 personnes issues de la population générale et présentant pour la plupart un risque accru de diabète (risque identifié via le test Findrisk) qui ont été dépistées. Soit environ 720 personnes par an de 2020 à mi-2023 (valeur cible : 500 personnes par an) ;
- Par ailleurs, 52 personnes ont été testées au CMS du Haut-Valais dans le cadre d'un projet de dépistage en 2020 ;
- Enfin, 411 patient.e.s ont été recruté.e.s pour la cohorte Diabète Valais.

A plus long terme, il conviendrait d'examiner si Action Diabète, avec les ressources proposées (application, site web, offres des associations du diabète, etc.), va de fait surtout intéresser les

"nouveaux diabétiques" qui commencent à gérer leur diabète directement par le biais de ces ressources. Et ce par opposition aux "anciens diabétiques" qui se sont déjà habitués aux réalités de leur diabète et à sa gestion.

**Indications sur les effets chez les patient.e.s : Développement de l'autogestion de la maladie (renforcement des connaissances / capacités / empowerment / changement du mode de vie)**

*Effets sur les **connaissances** des patient.e.s sur le diabète*

Les associations du diabète ont fourni chaque année environ 1'340 à 2'000 heures de conseil. En parallèle, l'AVsD a également fourni, chaque année, environ 1'350 à 1'700 heures de soins des pieds. Les bénéficiaires ont ainsi été sensibilisé.e.s à leur maladie et ont pu acquérir des connaissances utiles.

A partir de 2021, Action Diabète s'est, avec ses campagnes de dépistage et de sensibilisation, encore davantage focalisée sur les patient.e.s. De leur côté, les patient.e.s ont indiqué – dans le cadre de l'évaluation – se sentir très bien pris.e.s en charge par les associations AVsD et Diabète Haut-Valais. On ne saurait toutefois en déduire un lien avec Action Diabète, puisque les patient.e.s interrogé.e.s disent n'avoir pas perçu de changements dans leur prise en charge au cours des deux dernières années. Selon eux, Action Diabète sert principalement à l'information, à la prévention et au dépistage. Enfin, les personnes diabétiques de longue date ne se sentent plutôt pas concernées et ne ressentent aucun effet du projet.

L'étude de cohorte, quant à elle, a permis de constater que 89% des participant.e.s (personnes diagnostiquées) se sentent très bien ou plutôt bien informé.e.s sur le diabète. Selon les enquêtes de suivi de 2020/21 et 2022/23, ces personnes sont restées majoritairement satisfaites de leur niveau d'information sur le diabète. Les sujets sur lesquels elles souhaiteraient encore davantage d'informations sont le remboursement des prestations pour les diabétiques ou les aspects financiers du traitement du diabète (40%), l'alimentation (37%), les complications possibles du diabète ainsi que les soins et la surveillance à mettre en place pour les éviter (35%) (ensemble de la cohorte).

Toujours selon l'étude de cohorte, **les médecins** semblaient être la **principale source d'information** sur le diabète (78%), devant les associations (50%). En 2022/23, les participant.e.s ont rapporté avoir moins eu recours aux associations valaisannes du diabète, à Internet et aux médias pour s'informer sur leur diabète par rapport à 2020/21. Enfin, un pourcentage plus élevé de participant.e.s rapporte avoir déjà entendu parler d'hémoglobine glyquée (HbA1c) en 2022/23 comparé à 2020/21, ce qui témoigne d'une meilleure connaissance de la gestion du diabète (cf. rapport de la cohorte 2023, tableau T9).

*Effets sur l'attitude des patient.e.s vis-à-vis du diabète*

L'empowerment et l'autogestion de la maladie impliquent que les patient.e.s connaissent les endroits où trouver de l'information et une prise en charge. 83% des patient.e.s inclus dans la cohorte connaissaient les associations du diabète (valeur cible = 80%). Cependant, 69% de ces personnes ont été recrutées par ces associations et 9% par Action Diabète.

*Effets sur le comportement / l'autogestion de la maladie par les patient.e.s*

77% des patient.e.s de l'AVsD ( y compris les soins au pieds) et 82% de Diabetes Oberwallis ont atteint les objectifs de traitement qu'ils et elles s'y étaient fixés. Cela peut être considéré comme un indice de la qualité des consultations et, indirectement, de la qualité des activités d'Action Diabète.

Dans ce cadre et selon le monitoring des associations, les objectifs les plus fréquents des patient.e.s étaient (N=1'653) :

- Amélioration/gestion du taux de HbA1c (55,8%) ;
- Soins des pieds (40,9%) ;
- Amélioration de l'alimentation (36,4%) ;
- Activité physique (31,9%) ;
- Acquérir des connaissances de base sur la maladie (9,6%).

Un autre élément important pour impliquer davantage les patient.e.s dans leur traitement et qui, en même temps, reflète bien leur niveau d'empowerment, est la fixation d'objectifs avec le médecin. Or, sur ce plan, l'étude de cohorte a permis de constater, entre 2021/22 d'une part et 2022/23 d'autre part, une augmentation de la proportion de participant.e.s ayant fixé avec leur médecin un objectif pour la tension artérielle (voir rapport de la cohorte 2023, tableau T6).

L'auto-évaluation des personnes diabétiques interrogées dans le cadre de l'évaluation, lors de focus groupes et d'entretiens téléphoniques, a montré que presque toutes parvenaient à bien gérer elles-mêmes leur maladie. La discipline personnelle serait, selon elles, plus importante que le traitement par des spécialistes.

L'autogestion du diabète implique des comportements de santé adaptés, tels qu'une alimentation équilibrée et une activité physique régulière (voir le rapport de la cohorte 2023, tableau T4). Les résultats de l'étude de cohorte indiquent, entre 2020/21 et 2022/23, une diminution de la part de participant.e.s qui suivent les recommandations en matière d'alimentation et d'activité physique.<sup>29</sup> En revanche, l'utilisation d'outils liés à la santé digitale - notamment des lecteurs de glycémie connectés - a connu une évolution positive sur la même période (voir le rapport de la cohorte 2023, tableau T5).

---

<sup>29</sup> C'est-à-dire consommer 5 portions de fruits et légumes par jour et faire suffisamment d'exercice conformément aux recommandations en matière d'activité physique.

Enfin, une bonne gestion du diabète passe également par un contrôle régulier par des professionnel.le.s de la santé. A cet égard, l'étude de cohorte montre une relative stabilité, entre 2021/22 et 2022/23, dans la fréquence des contrôles effectués, si ce n'est un léger recul des contrôles du taux de cholestérol (cf. rapport de la cohorte 2023, tableau T7).

### *Effets sur la **santé** des patient.e.s*

#### **Qualité de vie**

Un objectif important de la prise en charge du diabète est en outre la **promotion de la qualité de vie**. Une grande partie (66%) des patient.e.s recensé.e.s dans le monitoring des associations a jugé sa propre **qualité de vie bonne ou très bonne** au cours de la durée du projet (N=1803). Il n'y a pas de différence entre les deux associations (AVsD 67%/ Diabetes Oberwallis 65%).

De même, 66% des participant.e.s de la cohorte ont jugé leur qualité de vie bonne ou très bonne. La plupart ont déclaré être indépendant.e.s (87%), ne pas avoir de problèmes pour effectuer leurs activités quotidiennes (67%), ne pas avoir d'anxiété/de dépression (62%) et être mobiles (56%). En revanche, 61% des personnes interrogées ont déclaré ressentir des douleurs légères à modérées et 8% des douleurs sévères à extrêmes.

L'étude de cohorte a également permis de montrer que, entre 2020/21 et 2022/23, cette qualité de vie auto-perçue est restée relativement bonne et stable (N=159). En outre et sur la même période, la proportion de personnes sans douleurs ou inconfort est passée de 30% à 35% (il faut ici tenir compte de l'effet de l'âge, raison pour laquelle il faut juger positivement les évolutions stables des déterminants de la santé dans une population de personnes âgées (âge moyen au moment de la mesure 2 : 65 ans)) (cf. rapport de la cohorte 2023, tableau T1).

#### **Complications**

Améliorer la prise en charge du diabète peut contribuer à réduire ou à prévenir les complications. Les résultats de l'étude de cohorte n'ont montré aucune différence entre 2020/21 et 2022/23 concernant la proportion de participant.e.s ayant signalé des complications (voir le rapport de la cohorte 2023, tableau T8). En 2022/23, chacune des différentes complications ci-après ne concernait qu'une minorité (31% à 8% des répondantes, trié par proportion décroissante) : taux de cholestérol élevé, pression artérielle élevée, maladie cardiovasculaire, rétinopathie, maladie perforante du pied, insuffisance rénale, amputation d'un membre.

## 6 Impact

### **Dans quelle mesure le projet permet-il d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie des patient.e.s ? Dans quelle mesure le projet permet-il de réduire le besoin de traitement ?**

Comme développé au chapitre précédent, les effets d'Action Diabète sur les patient.e.s et l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle ne se manifesteront qu'à plus long terme. La présente évaluation ne peut donc, s'agissant de l'impact du projet dans la durée, fournir de connaissances solides ou observables. Néanmoins, elle a permis de relever les éléments ci-dessous.

D'une part, les professionnel.le.s interrogé.e.s et les membres du comité de pilotage considèrent qu'Action Diabète a, grâce aux mesures mises en place, le potentiel d'améliorer à long terme la qualité de vie et l'autonomie des patient.e.s valaisans.

D'autre part, les informations disponibles permettent de conclure que la qualité de vie et l'auto-gestion du diabète des patient.e.s valaisan.e.s sont bonnes, indépendamment d'Action Diabète.

Par ailleurs et selon l'étude de cohorte, l'adhésion aux associations valaisannes du diabète semble contribuer positivement aux mesures de prévention (contrôles réguliers selon les recommandations de la Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie (SSED)), à la connaissance du diabète et à l'utilisation des outils liés à la santé numérique. Cependant, le nombre de participant.e.s dans la cohorte qui ne sont ni membres de l'AVsD ni de Diabetes Oberwallis est relativement faible. En outre, il est difficile de dire si l'adhésion à l'une des associations entraîne une prise de conscience accrue de la nécessité de surveillance de sa propre maladie ou inversement. En bref, ce constat est encore fragile à l'heure actuelle et devra être vérifié à l'avenir.

Enfin et s'agissant de l'objectif d'Action Diabète d'une prise en charge des différents aspects de la maladie par les différent.e.s spécialistes requis, il n'existe actuellement pas d'indications solides selon lesquelles le recours à ces spécialistes aurait augmenté grâce à Action Diabète ou diminué malgré le projet.

Enfin, il est à relever que la cohorte mesure notamment les indicateurs suivants, lui conférant ainsi le potentiel d'observer les effets du projet Action Diabète sur une plus longue période :

- Le comportement alimentaire des participant.e.s (indicateurs basés sur les normes de la Société Suisse de Nutrition (SSN)) ;
- Leur prise en charge préventive (surveillance des aspects pertinents de leur état de santé afin d'éviter les complications) conformément aux recommandations de la Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie ;
- Leur consultation des différent.e.s professionnel.le.s de la santé, ce qui va dans le sens d'une prise en charge plus interprofessionnelle (objectif de résultat d'Action Diabète), dans laquelle le/la médecin généraliste n'est plus le/la seul.e intervenant.e ;
- Leurs connaissances sur le diabète (objectif de résultat d'Action Diabète) ;

- Leur recours aux des outils numériques, ce qui permet d'évaluer la pertinence des investissements d'Action Diabète dans le site web et DiabApp.

## 7 Conclusion et recommandations

### 7.1 Conclusion

#### 7.1.1 Conclusion sur la réalisation des objectifs

Action Diabète a été l'occasion de tester un modèle de prévention secondaire et tertiaire de l'une des maladies non transmissibles les plus importantes en termes de prévalence et de coûts. Le projet était basé sur le renforcement :

- Du dépistage et de l'empowerment des patient.e.s et des personnes à risque ;
- Des compétences des professionnel.le.s concerné.e.s ;
- De leur collaboration interprofessionnelle, en plaçant les deux associations valaisannes du diabète au centre du dispositif.

L'originalité du projet réside en particulier dans la manière dont il contribue à ce renforcement, qui peut être caractérisée de la manière suivante :

- Utiliser pleinement les technologies disponibles (DEP, PSP, DiabApp), la communication et les relations publiques ;
- Piloter le projet avec, pour boussole, une vision (et non la feuille de route) et le gérer au quotidien de manière opportuniste ("Qu'est-il possible de faire aujourd'hui pour aller vers la vision ?" et non " Quelle est la prochaine étape prévue dans la feuille de route initiale ? »).

Ainsi, concernant la réalisation des objectifs, l'évaluation sommative pour l'ensemble de la durée du projet (2019 à mi-2023), est **globalement positive**. La réalisation des valeurs cibles peut être **évaluée positivement** dans l'ensemble. **Toutes les valeurs cibles ont été atteintes ou partiellement atteintes**. La valeur cible relative à l'objectif I.2.1 est **partiellement atteinte** à la fin du projet, car la transmission de rapports dans l'application n'était pas encore possible (« nombre de professionnel.le.s de la santé qui chargent ou téléchargent des rapports dans l'application mobile (50) »). Aucune information fiable n'était disponible au moment de l'évaluation finale pour vérifier une valeur cible (« nombre de professionnel.le.s qui collaborent régulièrement avec au moins 1 autre professionnel.le pour le traitement des diabétiques »). Nous constatons que différents aspects tels que la collaboration interprofessionnelle, la formation des professionnel.le.s ainsi que la mise en œuvre des dépistages ont évolué positivement. Leurs effets ne seront visibles qu'à plus long terme.

### 7.1.2 Efficacité et efficience

**Dans quelle mesure le projet est-il efficace et efficient ? Quels sont les coûts par patient.e ou par multiplicateur.trice atteint.e ? (estimation)**

Action Diabète est un **projet complexe** qui contribue à **l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de diabète** dans le canton du Valais par la promotion de **l'interprofessionnalité** dans les soins. Le projet s'inscrit ainsi dans l'esprit du temps et répond aux besoins d'évolution du système de santé et aux besoins des patient.e.s et des professionnel.le.s. L'amélioration de l'interprofessionnalité est à la fois **un enjeu très ambitieux** et le projet en lui-même a été conçu de manière ambitieuse au vu des différents thèmes et mesures à implémenter en parallèle (dépistage, formation, utilisation des nouveaux outils numériques, empowerment, renforcement de la collaboration interprofessionnelle). Il est permis de penser qu'une limitation à certains thèmes, mesures et objectifs, en cours de route, aurait pu potentiellement permettre une utilisation plus ciblée et donc efficace des ressources.

Tout au long du projet, diverses difficultés ont été rencontrées quant à son organisation et sa mise en œuvre en collaboration avec les partenaires. Ces difficultés ont entravé le meilleur déploiement possible de ses effets, qu'il s'agisse de l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle comme du positionnement des associations du diabète en tant que partenaires centrales dans la prise en charge du diabète. Les porteuses du projet ont toutefois adapté en permanence la mise en œuvre aux défis rencontrés.

### 7.1.3 Pertinence du projet (orientation vers la demande et les besoins) et pratiques préventives

**Dans quelle mesure le projet est-il approprié (pertinent, adapté aux besoins) ? Dans quelle mesure le projet permet-il de créer une offre qui répond aux besoins des acteurs de la santé ?**

Globalement, Action Diabète peut être considéré comme pertinent pour la prise en charge du diabète en Valais. Ceci en raison de l'adéquation des objectifs et des mesures du projet avec les besoins des patient.e.s et des professionnel.le.s. Plusieurs aspects de la prise en charge du diabète ont évolué positivement, dont les effets ne seront visibles qu'à plus long terme.

#### *Pertinence pour les patient.e.s*

Au niveau des patient.e.s, il est permis de considérer qu'un.e personne diabétique sur trois n'est pas diagnostiqué.e en Valais. Il s'agit de personnes qui n'ont pas de médecin traitant ou qui ont une franchise élevée et peu de moyens, et qui « échappent » ainsi au réseau des soins. A l'inverse, chez les personnes ayant un médecin de famille et présentant un risque potentiel, un dépistage du diabète a en général déjà été effectué. Cela souligne la **pertinence du volet dépistage d'Action Diabète**, qui cible les personnes qui ne sont pas intégrées dans le système de soins. De même, il était opportun en 2023 de ne pas simplement renouveler les cam-

pagne précédentes – centrées sur le dépistage et l'amélioration des connaissances et du traitement - mais de mettre l'accent sur l'activité physique et son importance cruciale pour la gestion du diabète et la prévention de son aggravation (prévention tertiaire).

Certaines des mesures mises en œuvre ou à venir par Action Diabète répondaient déjà en partie aux recommandations de l'étude de cohorte :

- « Contrôle plus fréquent des pieds et du taux d'HbA1c » : Action Diabète avait associé les podologues à la campagne sur le diabète 2022 (présence sur les stands, traitements des pieds). En outre, un accord de collaboration avec les podologues est en cours d'élaboration et une sensibilisation à ce sujet est en cours.
- « Une grande partie des diabétiques ne font pas assez d'activité physique et les médecins ne donnent pas assez de conseils en matière d'activité physique » : Action Diabète a participé au Marathon des Terroirs du Valais en 2023.
- « Améliorer l'information sur le rôle des professionnel.le.s non médicaux et encourager leur participation au développement d'une prise en charge interprofessionnelle » : c'est bien l'objectif que poursuit Action Diabète à travers toutes ses mesures.

#### *Pertinence pour les professionnel.le.s*

Il n'existe pas de consensus ni de compréhension claire et partagée, parmi les professionnel.le.s de la santé du Valais (y compris le corps médical), quant à ce qui constitue une bonne prise en charge du diabète. Ce constat confirme donc la pertinence des **formations** mises en place par Action Diabète (auprès des EMS, des CMS, formations interprofessionnelles).

Au cours des deux dernières années du projet, la **communication** s'est nettement améliorée. Les professionnel.le.s de la santé sont d'avis que ceci était la bonne voie. **Si l'interprofessionnalité et le rôle des associations en tant qu'acteur central dans la gestion du diabète ont déjà été favorisés, ils peuvent encore être renforcés à l'avenir.** Cela nécessitera encore du temps, une bonne communication, un bon réseau et une bonne collaboration entre les professionnel.le.s, ainsi qu'une compréhension et une volonté communes d'améliorer la prise en charge du diabète.



#### 7.1.4 Durabilité du projet

**Une intégration durable du projet a-t-elle été réalisée/assurée/planifiée/possible ? (Justification) Le projet a-t-il permis d'intégrer des pratiques préventives dans les soins de santé ou les conditions nécessaires sont-elles réunies pour que cela puisse se faire à l'avenir ? (Justification)**

En général, Action Diabète accélère des tendances déjà en cours : amélioration des connaissances des professionnel.le.s s'occupant des maladies chroniques, interprofessionnalité, utilisation des nouvelles technologies de l'information, etc. Toutefois, l'impact de ces évolutions sur la santé publique ne sera visible qu'après un certain temps. Il est donc essentiel que les principaux éléments du projet (cohorte, formations, dépistage, site web, application, etc.) puissent être maintenus à moyen terme.

Au cours du projet, les éléments suivants ont été mis en œuvre en vue de sa continuité :

- Concernant la **collaboration interprofessionnelle** et le **rôle des associations du diabète** en tant qu'acteur central, la stratégie choisie a consisté à conclure des accords avec les principaux partenaires, qui continueront donc à produire leurs effets après la fin d'Action Diabète.
- En ce qui concerne les **formations**, la stratégie choisie a été de créer des supports de formation de base (essentiellement des vidéos et des dépliants) et de les mettre à disposition sur le site web du projet afin qu'ils puissent continuer à être utilisés en aval par les différent.e.s professionnel.le.s. Par ailleurs, les deux associations du diabète resteront à disposition des professionnel.le.s pour des formations payantes (notamment pour les EMS et les CMS).
- Quant à la **cohorte "Diabète qualité Valais"**, l'Observatoire valaisan de la santé prévoit de la poursuivre. Deux scénarios ont été élaborés dans ce sens :
  - Scénario 1 : Poursuite du recrutement jusqu'à 500 participants.
  - Scénario 2 : Fin du recrutement et nouvelle enquête dans cinq ans.
- **Ressources humaines** : Pour la gestion du site web d'Action Diabète, du matériel de communication réalisé et pour la coordination avec CARA (DiabApp), le canton s'est engagé à financer 10% de poste auprès des associations du diabète.
  - Pour le **site web**, il est prévu de fusionner le site web de l'AVsD avec celui d'Action Diabète. Toutefois, cela n'a pas encore été confirmé du côté de Diabetes Oberwallis.
  - **Communication** : la personne en charge pourra utiliser tout le matériel déjà disponible : stands, présentoirs, vidéos, flyers, autocollants, puzzle didactique, affiches, kit de communication pour différents partenaires, roll-up's ainsi que des documents spécifiques. De plus, des modèles (« templates ») ont été développés pour les publications futures (réseaux sociaux, flyers, vidéos, podcasts, etc.).
  - **CARA - DEP/PSP** : après une longue pause due à des retards de développement de la part de CARA, la collaboration a repris au printemps 2023. Bien qu'il semble judicieux d'étendre la collaboration afin de faire progresser l'utilisation de DiabApp au niveau national, il est encore trop tôt pour évaluer le résultat de cette collaboration.

- D'éventuelles autres **campagnes d'information, de prévention et de dépistage** pourraient être menées à l'avenir par les deux associations du diabète en collaboration avec Promotion Santé Valais, par exemple dans le cadre des programmes d'action cantonaux et avec la participation des pharmacies. Cependant, aucune action concrète n'est prévue pour le moment.

Nous constatons que la stratégie choisie par Action Diabète pour maintenir durablement les effets du projet dans le canton du Valais est pertinente compte tenu de la rareté des ressources disponibles.

D'une manière générale, il convient de noter que le matériel de communication et de formation développé par Action Diabète pourrait être utilisé dans toute la Suisse. En ce sens, nous saluons le fait que les responsables d'Action Diabète aient pris l'initiative de présenter ce matériel lors d'une récente réunion de Diabetes Schweiz. Dans ce sens également, l'application DiabApp pourrait devenir l'application standard pour la gestion du diabète en Suisse grâce au lien avec le DEP et le PSP de CARA.

## 7.2 Recommandations et enseignements généraux de l'évaluation

### 7.2.1 Recommandations pour le développement d'Action Diabète

Action Diabète a construit des bases importantes pour améliorer la collaboration interprofessionnelle dans la prise en charge du diabète en Valais. L'évaluation finale permet de formuler les recommandations suivantes pour la suite :

#### **Recommandation 1 : Poursuivre le renforcement de la coopération interprofessionnelle**

*Recommandation 1a : Poursuivre les mesures existantes visant à promouvoir la collaboration interprofessionnelle, dont en particulier :*

- Mettre activement en réseau les professionnel.le.s impliqué.e.s dans la prise en charge du diabète (notamment les professionnel.le.s de la santé tels que les médecins, assistantes médicales, pharmacien.ne.s, assistant.e.s en pharmacie ou encore infirmier.e.s) et créer des plates-formes d'échange ;
- Sensibiliser et former tous les groupes professionnels concernés à la prise en charge interprofessionnelle du diabète, et ce dans le cadre de formations physiques ou en ligne (notamment avec les vidéos d'apprentissage) ;
- Mettre en œuvre, à l'intention des professionnel.le.s de santé, des mesures de communication spécifiques et des campagnes d'information sur l'interprofessionnalité.

*Recommandation 1b : Promouvoir la coordination entre professionnel.le.s de santé*

La collaboration interprofessionnelle implique un effort de coordination entre les différents professionnel.le.s autour des besoins du/de la patient.e. Dans certains cabinets de médecins dia-

bétologues (p. ex. cabinet de diabétologie dans le Haut-Valais), il y a des infirmier.e.s spécialisé.e.s dans le diabète qui assument ce rôle de coordination. Au total, il existe trois variantes pour promouvoir cette tâche de coordination :

- par les associations valaisannes du diabète ;
- par des infirmier.e.s spécialisé.e.s dans les cabinets médicaux (ou à l'hôpital) ;
- par l'intermédiaire d'assistantes médicales formées.

Action Diabète pourrait proposer à la Société Médicale du Valais une réflexion quant à la manière de promouvoir ensemble la formation complémentaire des assistant.e.s médicales pour l'obtention du brevet fédéral de « **coordinateur/trice en médecine ambulatoire** » (voir à ce sujet le rapport du Conseil fédéral du 26.10.22<sup>30</sup> qui confirme l'intérêt de cette démarche dans le domaine du diabète). Une variante serait également d'encourager au moins la mise en œuvre du module spécifique au diabète de cette formation pour les assistantes médicales en poste (compter 2'000.- à 2'500.- CHF par personne avec un examen spécifique).

### **Recommandation 2 : Promouvoir l'information, la sensibilisation, la levée des tabous et le traitement du diabète**

Des campagnes d'information supplémentaires et du matériel d'information devraient être mis à disposition des professionnel.le.s de la santé et du grand public sur le thème du diabète (information, sensibilisation et levée des tabous). L'un des éléments de cette diffusion d'informations devrait être d'attirer davantage l'attention des professionnel.le.s de la santé et des patient.e.s sur la problématique de l'insulinorésistance. En outre, ces campagnes devraient comprendre la diffusion :

- des éléments existants du projet et dont le développement aura nécessité les ressources que l'on sait, notamment le site web et DiabApp ;
- de conseils spécialisés et de connaissances dans le domaine du diabète, et ce auprès de la population comme des médecins de famille ;
- du projet Action Diabète lui-même ainsi que des associations du diabète et de leur rôle, auprès des diététicien.ne.s comme du personnel soignant des EMS et des CMS.

De plus, nous considérons qu'il est opportun de **poursuivre les dépistages ciblés pour les populations à risque**. En outre, il pourrait être pertinent d'examiner la possibilité de visites à domicile par les infirmier.e.s spécialisé.e.s en diabétologie, en particulier pour les patient.e.s âgé.e.s qui ne peuvent plus se déplacer. De même, le développement du soutien et de l'accompagnement des patient.e.s sur le plan psychologique pourrait être exploré, ainsi que la mise en place de groupes de parole entre personnes diabétiques.

---

<sup>30</sup> Le Conseil fédéral (2022). Mise en œuvre de l'examen professionnel fédéral de "coordinateur/trice de cabinet médical" avec brevet fédéral.

**Recommandation 3 : intégrer les recommandations de la cohorte dans les formations continues destinées aux médecins**

Action Diabète pourrait, seule ou avec l'OVS, reprendre les recommandations suivantes de la cohorte et les promouvoir auprès de la Société Médicale du Valais, lors des sessions de formation continue des médecins ou encore auprès des écoles et organes de formation concernés :

- Renforcer la promotion de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée ;
- Accroître la pratique du contrôle des pieds et de la mesure de la glycémie à long terme (notamment par la poursuite de collaborations renforcées avec les podologues) ;
- Communiquer davantage sur l'importance de définir des objectifs pour la glycémie à long terme et la mesure de la tension artérielle. Cela favorisera en même temps l'engagement actif des patient.e.s dans leur traitement (mots clés : empowerment et autogestion) ;
- Améliorer la sensibilisation quant au rôle des professionnels de la santé non-médecins et encourager leur implication dans la prise en charge pour développer une approche interprofessionnelle de la gestion du diabète ;
- Renforcer l'information sur le remboursement des prestations et les aspects financiers en général, soutenir les patient.e.s confronté.e.s à des questions financières (par ex. accès aux aides, aux produits) ;
- Développer des aides techniques pour la gestion du diabète en tenant compte des différences d'utilisation liées à l'âge ;
- Diffuser les informations issues de l'étude de cohorte auprès des autres professionnel.le.s de santé.

**Recommandation 4 pour la planification au-delà de la fin du projet (mi-2023) : Définir des stratégies pour l'avenir des opérations après la clôture du projet**

Le comité de pilotage devrait élaborer des stratégies pour les opérations à mener après la fin du projet. Il s'agirait de poser les bases d'une action cantonale agile et durable permettant la poursuite des objectifs globaux du projet. Ce qui pourrait notamment impliquer de stopper certains éléments du projet ou de les adapter aux spécificités de certaines sous-régions. Un tel travail pourrait s'appuyer sur les questions-guides suivantes :

- Qu'est-ce qui devrait être poursuivi comme jusqu'à présent par Action Diabète ?
- Qu'est-ce qui devrait être modifié ou renforcé ?
- Que devrions-nous abandonner, cesser de faire ?
- Qui devrait porter Action Diabète à l'avenir ?
- Quelles sont les sources de financement possibles au-delà de la fin du projet ?

## 7.2.2 Enseignements généraux de l'évaluation

Le suivi et l'évaluation d'Action Diabète nous ont permis de tirer les enseignements suivants et de formuler des recommandations pour les autres acteurs impliqués dans la prévention tertiaire des maladies non transmissibles, notamment en Suisse.

### a) Le rôle central du porteur de projet

Mettre en place une collaboration interprofessionnelle efficace dans le domaine des soins, c'est vouloir transformer tout un système. Il est donc nécessaire, pour mettre en œuvre un tel projet, d'accompagner un travail sur les représentations de chaque acteur (sur son rôle présent et futur et sur celui des autres), et d'identifier les règles et conditions implicites qui prévalent au sein de ce système. Et tout cela dans un environnement changeant et imprévisible, où les frontières du système concerné sont ouvertes. C'est dire si ce projet est ambitieux. A tel point que le renforcement de la collaboration interprofessionnelle est certes un vieux thème de travail, mais qu'il est encore loin d'être systématiquement mis en œuvre en Suisse.

Une telle tâche ne peut être accomplie que par une équipe dotée de nombreuses compétences, l'expertise requise n'étant moins technique - elle est largement présente dans le système lui-même - que d'accompagnement du changement dans des environnements complexes. Cette équipe doit disposer de ressources suffisantes pour mener à bien sa mission. Nous pensons que ces critères - compétences de l'équipe qui porte le projet et ressources suffisantes - devraient absolument être remplis avant de mettre en œuvre de tels projets. A l'inverse, faire des économies sur les compétences et les ressources de l'équipe de mise en œuvre au profit du budget des mesures est un mauvais calcul.

### b) Fédéralisme d'exécution : source d'inspiration ou de gaspillage ?

Le fédéralisme a ceci de riche qu'il peut générer, dans l'exécution d'une législation (ici la LAMal en particulier) et de stratégies nationales, des modalités de mise en œuvre particulièrement adaptées aux situations locales. A l'inverse, ceci peut potentiellement générer des redondances dans la production d'approches, outils, matériels d'enseignement, etc.

Eu égard à ceci et dans le cadre d'Action Diabète, nous encourageons pour la suite un partage actif des outils produits avec Diabète suisse et ses sections cantonales, en particulier de Diabapp, en partenariat dans ce dernier cas avec CARA.<sup>31</sup>

### c) Compter avec l'indisponibilité croissante des professionnels soignants

La pénurie de personnel soignant se fait déjà nettement sentir en Valais et les perspectives sont plutôt sombres à cet égard. De plus, les besoins en formation augmentent proportionnellement à la fragilité croissante des publics pris en charge. Cela signifie qu'à l'avenir, des projets

---

<sup>31</sup> Une présentation du projet Action Diabète à Diabète Suisse était prévue le 28.09.23 à Olten. Le but était un partage d'expérience et l'exploration des collaborations possibles avec les autres associations cantonales qui auraient besoin par exemple de déclinaisons des supports créés dans le cadre d'Action Diabète.

comme Action Diabète devront prendre en compte cette indisponibilité comme une donnée de départ. A contrario, construire des projets en tablant sur la mise à disposition non rémunérée de professionnel.le.s par les partenaires concernés semble aujourd'hui illusoire. Les solutions trouvées au sein d'Action Diabète sont à cet égard des exemples inspirants : mise à disposition de contenus de formation en ligne, transformation de la culture par la construction de nouveaux narratifs ou encore indemnisation des pharmaciens pour contribuer aux dépistages des personnes à risque.

#### **d) Pour les projets qui visent l'innovation, privilégier l'évaluation développementale**

L'évaluation formative et sommative, basées sur un modèle de cause à effet linéaire (modèle d'impact input / concept / mise en œuvre / output / outcome / impact), sont des standards utilisés et appropriés quand il s'agit soit de tester et valider une pratique déjà préétablie afin d'en faire une « best practice » ou de vérifier l'implémentation fidèle – et adaptée à son contexte – d'une « best practice. L'évaluation formative et sommative consistent largement à comparer ce qui était prévu et ce qui a été réalisé (« plan your work, work your plans »), soit pour adapter la trajectoire en cours de route (évaluation formative), soit pour rendre compte de l'atteinte ou non des résultats visés (sommative).

Or, bien souvent en matière de prévention dans le domaine de soins, il n'existe guère de bonnes pratiques préétablies. Le but d'un projet comme Action Diabète est, dans un contexte donné, de tester différentes approches afin de favoriser cette prévention. Ici, le maintien de la pertinence du projet passe souvent par d'importants changements, qu'il s'agisse de sa mise en œuvre, des prestations (outputs), des objectifs (outcomes), voir du concept lui-même (en particulier des publics-cibles). Cela parce que, dans un paysage continuellement transformé par l'instabilité du réel, la carte et la feuille de route élaborées au lancement du projet deviennent rapidement inopérantes.

L'évaluation formative – boussole destinée à naviguer sur cette première carte – nécessite alors d'être élargie en boussole collective (avec l'ensemble des parties prenantes) de navigation à travers l'incertitude. Quant à l'évaluation sommative, il sied d'y remplacer son comparatif « prévu VS atteint » – devenu ici travail d'historien sans grand intérêt – par une appréciation de la pertinence des résultats obtenus au regard du chemin parcouru. C'est justement ce que permet l'évaluation développementale (developmental evaluation, cf. Patton Michael Quinn (2011)).

## Bibliographie

Action Diabète, divers documents du projet lui-même (rapports annuels, concepts, rapport Social Media Analytics...).

Antille-Zuercher E, Carron T, Peytreman-Bridevaux I. (2018). Cohorte CoDiab-VD : Caractéristiques des patient.e.s diabétiques vaudois.e.s et évaluation de leur prise en charge : Etat des lieux en 2017 et comparaison avec 2011-2012. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Raisons de santé 293).  
<http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/293>

Canton du Valais, Commission du diabète. Stratégie cantonale de prévention du diabète.

Canton du Valais, Commission cantonale de promotion de la santé. Programme-cadre 2019-2022 de Promotion de la santé et prévention du Canton du Valais.

Le Conseil fédéral (2022). Mise en œuvre de l'examen professionnel fédéral de « coordinateur/coordinatrice en médecine ambulatoire avec brevet fédéral ». Rapport du Conseil fédéral donnant suite au postulat 14.3632 Steiert du 20 juin 2014.

Office fédéral de la santé publique. Stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT). 2017-2024.

Office fédéral de la statistique. Statistiques de la santé 2017.

Raboud L, Burato Gutierrez V, Kuonen B, Konzelmann I, Chiolero A, Observatoire valaisan de la santé (OVS). Qualité Diabète Valais 2023. Sion, juin 2023. Disponible sur <https://www.ovs.ch/fr/publications/?id=16028>

Raboud, L., Burato Gutierrez, V., Konzelmann, I., Chiolero, A., Observatoire valaisan de la santé (OVS) (2022). Qualité Diabète Valais 2022. Sion.

Raboud L, Burato Gutierrez V, Konzelmann I, Chiolero A. (2021). Qualité Diabète Valais 2021. Sion.

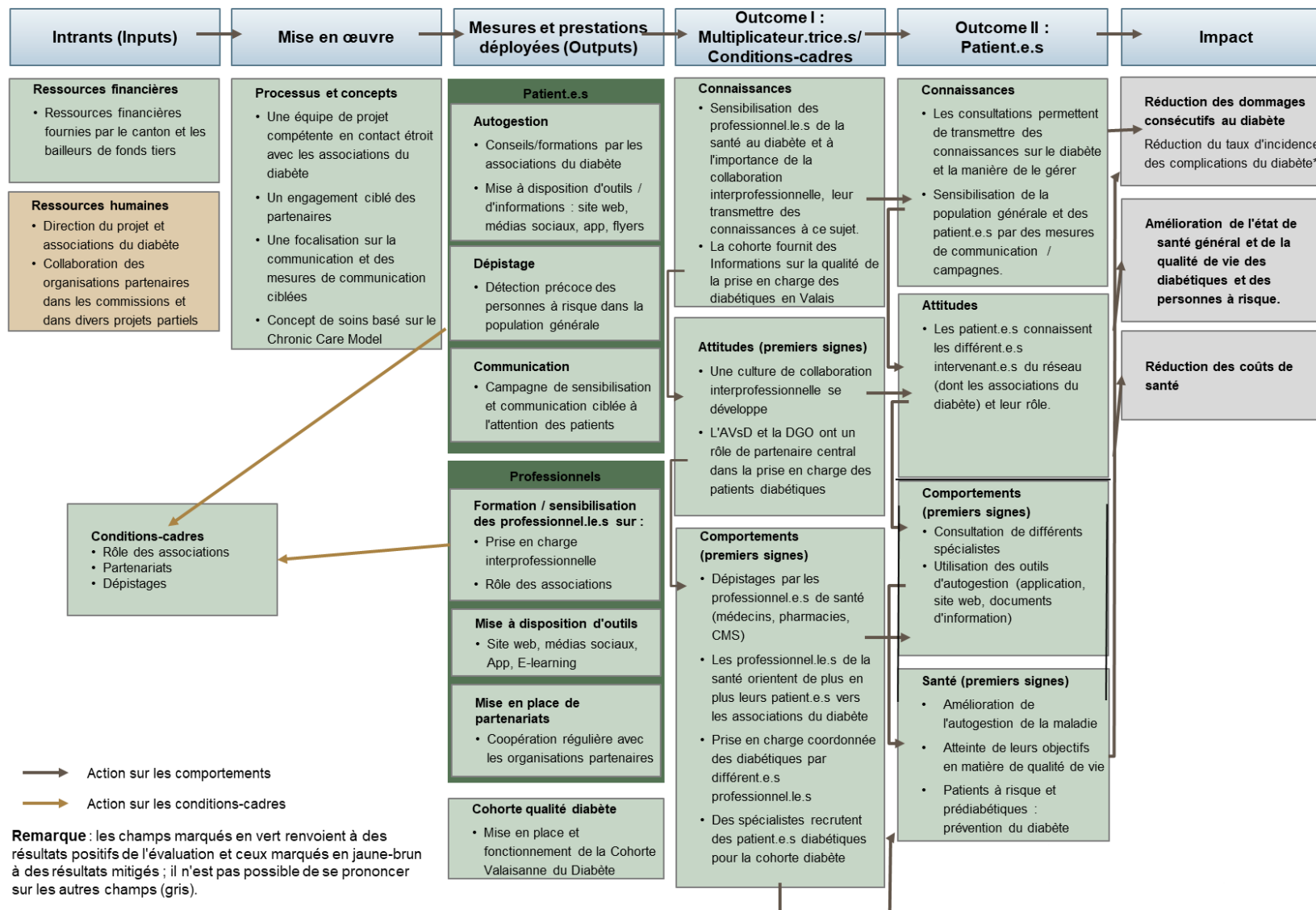
Patton Michael Quinn (2011). Developmental evaluation : applying complexity concepts to enhance innovation. New-York : The Guilford Press.

Ulrich, G ; Amstad, H ; Glardon, O ; e. a. (2020) : Careum Working Paper 9 - «Interprofessionelle Ausbildung im Schweizer Gesundheitssystem: Situationsanalyse, Perspektiven und Roadmap.». Careum.

Divers documents conceptuels et organisationnels du projet et de la cohorte.

# Annexe A : Modèle d'effet d'Action Diabète

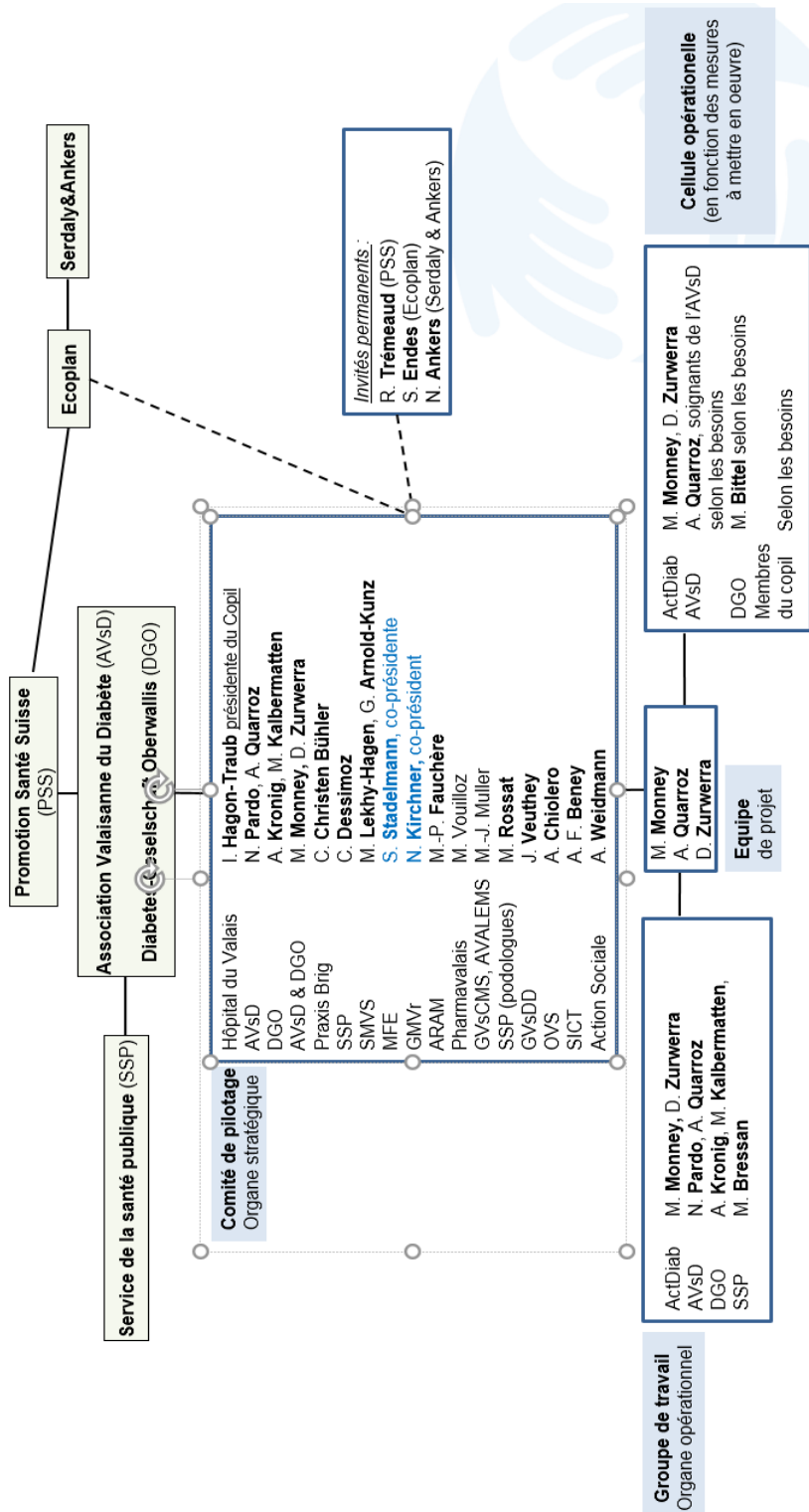
<b>Contexte</b>	Prévalence croissante du diabète en Valais (environ 8% de la population, une personne sur trois non diagnostiquée) Groupe cible : personnes diabétiques diagnostiqués ou non, personnes à risque	Responsabilité du projet : 2 associations du diabète + comité de pilotage composé d'organisations spécialisées	Approche multiplicatrice : professionnel.le.s impliqué.e.s dans le parcours de soins d'une personne à risque de diabète/prédiabétique/diabétique
-----------------	---	--	--





## Annexe B : Organigramme du projet Action Diabète

Illustration 2: Organigramme d'Action Diabète.



## Annexe C : Campagne de communication, de sensibilisation et de dépistage

En nous appuyant sur la participation d'Action Diabète au Marathon des Terroirs 2023 (13.5.23), nous présentons ici brièvement la démarche et le contenu d'une campagne combinée de communication, de sensibilisation et de dépistage du projet :

- Objectif : sensibiliser la population à risque, les personnes diabétiques et le public à la problématique du diabète et aux ressources à disposition en Valais. Et ce afin de promouvoir l'autogestion de la maladie d'une part, et la collaboration interprofessionnelle d'autre part.
- Mise en œuvre de la mesure :
  - Identification de 15 patient.e.s diabétiques intéressé.e.s.
  - Examen médical, test d'effort à la Clinique romande de réadaptation Sion, 5 mois d'entraînements hebdomadaires sous la supervision d'un coach avec suivi numérique via l'application de la Clinique romande de réadaptation Sion.
  - Participation effective de 15 patient.e.s (type 1 et 2) : 42km, 21km, 10km et 5km.
- Mesures d'accompagnement en matière de communication :
  - Développement d'une page spéciale sur le site web d'Action Diabète.
  - Fabrication et distribution de 200 **casquettes avec le logo du projet**
  - Production et distribution de **T-shirts à l'effigie du projet** pour les participant.e.s et le personnel.
  - Création de **vidéos de témoignages et de tutoriels** par les coaches avec des conseils sur la manière de se mettre en mouvement.
  - Relayer les actualités sur les réseaux sociaux Instagram, Facebook et LinkedIn.
  - Publication d'un **communiqué de presse** diffusé à tous les médias.
  - Le jour du marathon, présence du stand et de l'équipe d'Action Diabète pour informer le public et les patient.e.s et effectuer des dépistages gratuits : Prise de **330 mesures de glycémie** chez des personnes à risque, dont 2 mesures de glycémie pathologiques.
  - Création de **deux podcasts** « Allez je me bouge ! Mais comment faire ? »
  - Réalisation d'un **film sur cette journée événement** avec des témoignages.
  - Après le marathon, il a été proposé à chaque patient.e de refaire un test d'effort afin de mesurer et de comparer l'évolution de ses capacités physiques et de son état de santé.
  - Poursuite d'un **programme d'accompagnement** des patient.e.s diabétiques qui souhaitent reprendre le sport.