Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Juillet 2026



Document de travail 68

Efficacité, adéquation et économicité dans la prévention dans le domaine des soins (PDS)

Promotion Santé Suisse est une fondation soutenue par les cantons et les assureurs-maladie. En vertu de son mandat légal (Loi sur l'assurance-maladie, art. 19), elle initie, coordonne et évalue des mesures destinées à promouvoir la santé et prévenir les maladies. La Fondation est soumise au contrôle de la Confédération. Son organe de décision suprême est le Conseil de fondation. Deux bureaux, l'un à Berne et l'autre à Lausanne, en forment le secrétariat. Chaque personne verse, en Suisse, un montant de 4.80 CHF par année en faveur de Promotion Santé Suisse. Ce montant est encaissé par les assureurs-maladie pour le compte de la Fondation.

Informations complémentaires : www.promotionsante.ch

La série **« Documents de travail »** comprend des ouvrages de référence élaborés ou mandatés par Promotion Santé Suisse, destinés à aider les professionnel-le-s dans la mise en œuvre et l'évaluation de la promotion de la santé et de la prévention. Le contenu de ces derniers est de la responsabilité de leurs auteur-trice-s. Les documents de travail de Promotion Santé Suisse sont généralement disponibles sous forme électronique (PDF).

Impressum

Édité par
Promotion Santé Suisse

Pilotage du projet Promotion Santé Suisse
Dre Giada Gianola, Gestion des impacts

Auteur-trice-s
- Dre Stefanie Ettelt, Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS
- Kilian Künzi, Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS

Mode de citation
Ettelt, S. & Künzi, K. (2026). *Efficacité, adéquation et économicité dans la prévention dans le domaine des soins (PDS).* Document de travail 68. Sur mandat de Promotion Santé Suisse. Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS

Crédit photo de couverture
iStock

Série et numéro
Promotion Santé Suisse, document de travail 68

Renseignements et informations
Promotion Santé Suisse, Wankdorfallee 5, CH-3014 Berne, tél. +41 31 350 04 04,
office.bern@promotionsante.ch, www.promotionsante.ch

Numéro de commande
04.0645.FR 07.2026

Cette publication est également disponible en allemand et en italien
(numéros de commande 04.0645.DE 07.2026 et 04.0645.IT 07.2026).

Télécharger le PDF
www.promotionsante.ch/publications

© Promotion Santé Suisse, juillet 2026

Table des matières

1 Situation de départ et mandat 4

2 Bases d'information et approche 5

3 Critères EAE dans l'assurance maladie 6

4 Application des critères EAE dans le domaine PDS 8
4.1 Défis méthodologiques et pratiques 8
4.2 Principes d'application des critères EAE dans le domaine PDS 9

5 Critères EAE dans le soutien de projets PDS 16
5.1 Efficacité 16
5.2 Adéquation 19
5.3 Économicité 20

6 Conclusions 22

7 Bibliographie 23

Annexe 25
A-1 Tableau des indicateurs relatifs aux critères EAE dans la PDS 25

Liste des abréviations

AOS	Assurance obligatoire des soins
CBA	Cost-benefit analysis (analyse coûts-bénéfices)
CCA	Cost-consequences analysis (analyse coûts-conséquences)
CEA	Cost-effectiveness analysis (analyse coûts-efficacité)
CUA	Cost-utility analysis (analyse coûts-utilité)
DALY	Disability-adjusted life year
EAE	Efficacité, adéquation, économicité
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
PDS	Prévention dans le domaine des soins
QALY	Quality-adjusted life year
RCT	Randomized controlled trial (essai randomisé contrôlé)
ROI	Return on Investment (retour sur investissement)

1 Situation de départ et mandat

Vérifier les effets et l'efficacité des projets et mesures subventionnés fait partie des objectifs stratégiques de Promotion Santé Suisse. Dans le domaine d'intervention Prévention dans le domaine des soins (PDS), il s'agit d'évaluer l'ensemble des projets mis en œuvre afin de «vérifier l'atteinte des objectifs, identifier les facteurs de réussite et les obstacles et attester de l'efficacité des projets» (Schneider et al., 2021). Les évaluations externes doivent servir en particulier à examiner l'efficacité, l'adéquation et l'économicité (EAE) des projets subventionnés. Une démonstration de l'impact selon les critères EAE permettrait le financement des prestations par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Toutefois, le financement par l'AOS ne constitue pas l'objectif premier du soutien de projets PDS, mais l'une des nombreuses possibilités de financement hybride des prestations préventives. Ce mode de financement n'est par ailleurs pas toujours pertinent, puisque de nombreux projets PDS combinent des mesures très diverses.[1]

Les effets des projets PDS soutenus se manifestent souvent à plusieurs niveaux: auprès des multiplicateur-trice-s impliqué-e-s (professionnel-le-s, bénévoles, etc.), auprès du groupe cible des bénéficiaires finaux-ales (patient-e-s) ou dans les conditions-cadres qui favorisent ou entravent les efforts de prévention (Promotion Santé Suisse, 2024). L'évaluation de la stratégie de Promotion Santé Suisse pour les années 2019 à 2024 a conclu que, dans le domaine PDS, «les attentes élevées quant à la démonstration des impacts au niveau des bénéficiaires finaux-ales n'ont pas [encore] pu être satisfaites». Elle souligne en outre la nature complexe des projets et le travail considérable que représente la démonstration de la rentabilité des mesures PDS (Zeyen & Egger, 2024, p. 92).

Les critères EAE ne constituent pas en soi une garantie de réussite d'un projet. Ils peuvent néanmoins servir d'outil structurant pour accompagner les projets dans la planification, la mise en œuvre et une réflexion systématique. En ce sens, ils favorisent la transparence et la traçabilité des effets générés et, partant, facilitent l'accès à d'autres sources de financement, sans pour autant qu'il en résulte automatiquement un droit à un financement supplémentaire.

Le présent document de travail a pour objectif de rendre les critères EAE applicables au domaine PDS. Il vise à fournir aux équipes d'évaluation et aux responsables de projet des orientations sur la manière d'intégrer ces critères dans l'évaluation des projets PDS.

1 Vous trouverez de plus amples informations sur la page thématique «Financement durable de projets de Prévention dans le domaine des soins» de Promotion Santé Suisse.

2 Bases d'information et approche

Ce document de travail s'appuie sur les documents de référence publiés par Promotion Santé Suisse relatifs à la mesure de l'impact dans l'évaluation des projets PDS soutenus et aux critères de qualité applicables à ces projets. En complément, des documents pertinents relatifs à la thématique EAE ont été recherchés et analysés.

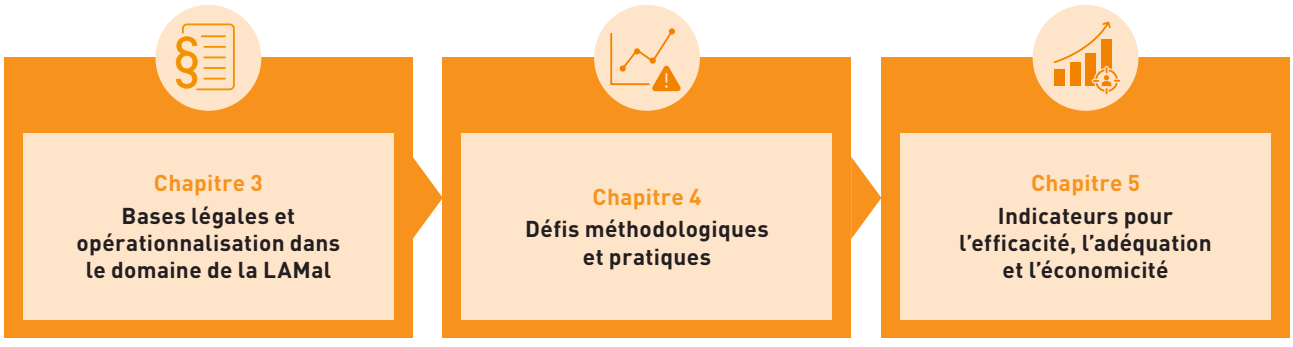
Dans un premier temps (figure 1), l'accent est mis sur les bases légales et l'opérationnalisation des critères EAE dans le cadre de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) (OFSP, 2022). Le chapitre 3 examine ensuite les fondements visant à déterminer, dans le domaine de l'AOS, si une prestation est « efficace, appropriée et économique » et la manière dont sont formulées les attentes quant aux méthodes permettant d'apporter des telles preuves.

Partant, les défis méthodologiques et pratiques liés à l'application des critères EAE dans la PDS sont ensuite étudiés, tout comme les possibilités d'accroître leur prise en compte (chapitre 4).

Sur la base de ces réflexions et des documents de référence de Promotion Santé Suisse (critères de qualité, mesure de l'impact), des indicateurs ont été élaborés pour évaluer l'efficacité, l'adéquation et l'économicité des projets PDS (chapitre 5).

FIGURE 1

Aperçu



3 Critères EAE dans l'assurance maladie

En Suisse, les notions d'efficacité, d'adéquation et d'économicité sont étroitement liées à l'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) de 1994. La LAMal stipule que les prestations remboursées par l'assurance de base (c'est-à-dire par l'AOS) doivent être « efficaces, appropriées et économiques », l'efficacité devant être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32, al. 1, LAMal).[2] Depuis lors, ces trois critères sont solidement ancrés dans le système de santé. Toutefois, en tant que notions juridiques floues, ils sont sujets à interprétation et font souvent l'objet de débats.

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a opérationnalisé pour la dernière fois en 2022 l'examen des critères EAE pour le remboursement des prestations par l'AOS. Le tableau 1 résume les explications de l'OFSP.

Dans le domaine PDS, les exigences EAE prévues par la LAMal sont directement applicables lorsqu'un projet soutenu teste des mesures susceptibles d'être remboursées par l'AOS. Jusqu'à présent, cela n'a été le cas que pour peu de projets (Kaufmann et al., 2021, p. 8). Outre l'assurance maladie, d'autres organismes entrent en ligne de compte pour le financement ultérieur de ces projets et/ou mesures pilotes.[3] Il s'agit notamment des autorités cantonales de santé, qui peuvent contribuer à la pérennisation des mesures de prévention. La démonstration du respect des critères EAE peut fournir des arguments solides à cette fin.

Faits importants concernant l'AOS et l'évaluation des critères EAE dans le cadre de l'AOS :

- **Étendue des prestations :** les domaines de prestations sont définis dans la LAMal et sont identiques pour toutes les caisses maladie.
- **Évaluation des critères EAE :** les prestations médicales sont évaluées en termes d'efficacité et de qualité avant d'être intégrées dans le catalogue des prestations remboursables.
- **Examen au cas par cas :** dans certains cas concrets, même les prestations déjà admises peuvent être refusées si elles sont jugées inappropriées.
- **LiMA :** les moyens et appareils médicaux (p. ex. pansements) sont pris en charge s'ils figurent sur la liste des moyens et appareils (LiMA) et s'ils sont conformes aux critères EAE.

2 Le critère d'« efficacité », introduit dans la nouvelle LAMal comme condition préalable à la prise en charge des coûts par l'assurance, a remplacé la notion de « reconnaissance scientifique » qui servait de critère dans l'ancien droit (cf. message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 77).

3 Voir également la page thématique « Financement durable des projets de prévention dans le domaine des soins de santé » de Promotion Santé Suisse.

TABLEAU 1

Opérationnalisation des critères d'efficacité, d'utilité et d'économicité selon l'OFSP (2022)

Critère	Description	Conclusions
Efficacité	« L'efficacité désigne le lien de cause (prestation médicale) à effet (succès médical). L'élément déterminant pour satisfaire à ce critère est que la prestation soit objectivement à même de contribuer à la réalisation de l'objectif (diagnostique, thérapeutique, préventif, soins) visé. Cette acception n'inclut pas seulement des objectifs curatifs, mais aussi préventifs, palliatifs ou stabilisateurs pour l'évolution de la maladie. [...] La preuve de l'efficacité d'une prestation doit être apportée par des méthodes scientifiques (art. 32, al. 1, LAMal). Suivant la nature de la prestation, différentes méthodes scientifiques peuvent être employées. [...] S'agissant de l'évaluation du critère d'efficacité, notons que les différentes méthodes scientifiques se distinguent également en termes de fiabilité et/ou de pertinence. Elles ne sont pas toutes applicables à toutes les prestations. » (OFSP, 2022, pp. 5-6)	• Une prestation est efficace lorsqu'elle produit des effets qui présentent un lien de causalité avec la prestation/mesure en question. • La preuve du lien de causalité doit être apportée selon des méthodes scientifiques. • Les méthodes scientifiques diffèrent en termes de fiabilité et de pertinence. • L'OFSP souligne l'existence de ces différences, mais ne donne aucune indication quant aux méthodes scientifiques à utiliser.
Adéquation	« Une prestation est appropriée : • lorsqu'elle est pertinente et appropriée aux soins à dispenser au patient par rapport aux solutions alternatives, • qu'elle est compatible avec les conditions légales ainsi qu'avec les aspects ou valeurs éthiques et sociaux, et • que la qualité de la prestation et le recours approprié à celle-ci dans la pratique sont garantis. » (OFSP, 2022, p. 6)	• Selon l'OFSP, est considérée comme appropriée toute prestation qui est pertinente et adéquate, compatible avec les conditions légales et les valeurs en vigueur, et applicable dans la pratique. • Le niveau de pertinence et d'adéquation se mesurent par rapport à des procédures alternatives et se rapportent à l'adéquation d'une prestation à un diagnostic individuel. • L'adéquation est intimement liée à l'évaluation de l'efficacité (ce qui n'est pas efficace ne peut pas être adéquat), mais l'OFSP ne donne aucune autre indication quant à la méthode et à la procédure à adopter.
Économicité	« Une prestation est économique : • lorsque ses tarifs et ses prix sont calculés de façon compréhensible, • que son rapport coût-bénéfice, sous l'angle des coûts de santé directs, est favorable par rapport aux solutions alternatives, ou • que son surcoût se justifie par une amélioration du bénéfice thérapeutique, et • que ses conséquences financières sont supportables pour l'assurance obligatoire des soins. » (OFSP, 2022, pp. 6-7)	• Selon l'OFSP, une prestation est considérée comme économique lorsque sa tarification est justifiable, qu'elle s'avère plus avantageuse que des méthodes alternatives, qu'elle présente un bon rapport coût-bénéfice eu égard aux effets escomptés et qu'elle n'excède pas les capacités de l'AOS. • L'OFSP ne prescrit aucune méthode ni pour calculer le rapport coût-bénéfice ni pour mesurer le bénéfice supplémentaire.

Source : OFSP (2022), représentation : BASS

4 Application des critères EAE dans le domaine PDS



L'application des critères EAE dans l'évaluation des projets PDS comporte une série de défis découlant de l'opérationnalisation décrite par l'OFSP, d'une part, et de l'objet même de l'évaluation des projets PDS, d'autre part. Ces défis sont décrits ci-après et, sur la base de réflexions de fond, des pistes de solutions sont examinées.

4.1 Défis méthodologiques et pratiques

Contrairement aux prestations de l'AOS, les interventions réalisées dans le cadre des projets PDS se composent généralement de plusieurs mesures et dépendent souvent fortement du contexte. Cela pose des défis méthodologiques et pratiques pour l'ensemble des critères EAE. Le terme « mesures » désigne ici les interventions ou sous-projets qui s'adressent (le plus souvent) directement aux multiplicateur-trice-s ou aux patient-e-s. Cette acception peut donc différer de celle des « mesures » indiquée dans la description du projet sur Promotion Digitale.

4.1.1 Effets / efficacité

La démonstration de l'efficacité des mesures mises en œuvre ou consolidées dans le cadre d'un projet est essentielle, notamment parce que l'efficacité d'une mesure est la condition préalable à son caractère approprié et économique (voir SSMIG, 2024).
Comme le montre le tableau 1, ni la LAMal ni l'OFSP ne fournissent de directives détaillées sur la manière concrète de démontrer l'efficacité ou sur les exigences méthodologiques à respecter à cet égard. La démonstration des effets des projets de prévention est exigeant sur le plan méthodologique, notamment parce que l'impact des projets ne se manifeste pas seulement au niveau des patient-e-s (niveau comportemental), mais également au niveau des multiplicateur-trice-s et des conditions-cadres (niveau systémique et structurel). De plus, de nombreuses mesures ne produisent des effets significatifs qu'à long terme. Les chaînes d'effets sont souvent complexes et interagissent de multiples façons avec les facteurs contextuels des interventions. La mesure de l'impact peut ainsi s'avérer fastidieuse et coûteuse, surtout lorsqu'il est nécessaire d'inclure un nombre significatif de multiplicateur-trice-s et de patient-e-s.
En ce qui concerne la démonstration du respect des critères EAE dans les projets PDS, les aspects suivants doivent être soulignés :
Même si les mesures PDS ne déploient souvent pleinement leurs effets qu'à partir d'une certaine **durée,** on peut néanmoins s'attendre à ce que ces effets, du moins au niveau des multiplicateur-trice-s, soient perceptibles déjà à court ou moyen terme afin que les projets puissent atteindre leurs objectifs d'impact auprès des patient-e-s. Les projets PDS doivent donc être planifiés et conçus de sorte à pouvoir démontrer leur impact au cours d'une période de financement de trois à quatre ans.
La dépendance des effets aux **facteurs contextuels** complique encore la démonstration du **lien de causalité** entre une mesure et ses effets (Balthasar, 2022, p. 172). Dans tous les cas, la démonstration d'un lien de causalité dans un environnement peu propice à la mise en place de groupes témoins constitue le principal défi. Contrairement à ce qui arrive, par exemple, pour les médicaments et d'autres prestations médicales, il est plus rare, dans le cadre du soutien de projets PDS, de trouver un groupe de personnes identique ou du moins comparable qui, bien qu'il n'ait pas été touché par le projet, soit néanmoins disponible pour l'évaluation et puisse être analysé à la lumière des effets visés. Un protocole de recherche basé sur des groupes expérimentaux et test randomisés, comme pratiqué habituellement en milieu clinique, est généralement difficile à mettre en place dans les settings PDS, à moins d'y allouer des moyens considérables.
La **charge de travail** liée à la mesure de l'impact dépend en outre largement de la constellation d'acteur-trice-s au sein du projet et des interfaces avec les responsables du projet. L'évaluation globale PDS 2017-2023 souligne que de nombreux projets ont rencontré des difficultés pour recruter des multiplicateur-trice-s et pour assurer la mise en œuvre des mesures par ces dernier-ère-s (Laubereau et al., 2023, p. 33), ce qui complique la mesure de l'impact au sein de ce groupe cible.

4.1.2 Adéquation

Le concept d'adéquation s'applique notamment dans le contexte du contrôle des activités des autorités.[4] Dans ce contexte, l'adéquation définit si une mesure est **appropriée et pertinente** pour atteindre un objectif donné. Elle questionne, **dans le cadre du pouvoir d'appréciation,** si le choix d'une mesure de droit (administratif) est optimal, applicable et judicieux eu égard à (a) l'adéquation du moyen à la réalisation de l'objectif, (b) la pertinence par rapport à la finalité poursuivie et (c) la pondération des alternatives.

Dans le contexte de la LAMal, selon l'OFSP, l'adéquation tient compte de la **pertinence et du caractère approprié** d'une prestation médicale pour traiter un problème de santé, généralement en comparaison aux solutions alternatives. Cette définition s'applique assez difficilement aux mesures préventives, parce que celles-ci s'adressent dans la majorité des cas à un collectif de la population (groupe cible) et que, en raison de leur caractère innovant, il n'existe souvent pas d'interventions similaires permettant une comparaison directe.

L'examen de l'adéquation porte en outre sur la compatibilité d'une mesure avec **les systèmes juridiques et de valeurs** existants. Pour les projets PDS, cela concerne notamment le choix des groupes cibles et la prise en compte de l'égalité des chances en matière de santé dans la conception et la mise en œuvre du projet. D'autres aspects juridiques et éthiques dépendent du thème et du contexte de chaque projet et sont difficiles à généraliser.

4.1.3 Économicité

L'économicité des projets PDS n'a jusqu'à présent fait l'objet que de peu, voire d'aucune attention. L'évaluation globale PDS 2017-2023 conclut que les bases nécessaires à une appréciation de l'économicité du soutien de projets PDS faisaient jusqu'ici défaut (Laubereau et al., 2023, p. 39). Par le passé, les évaluations de projets se limitaient à décrire (souvent de manière incomplète) l'utilisation des ressources (humaines et matérielles) et leur provenance (subventions, fonds de tier-ce-s et fonds propres). Dans certaines évaluations, les coûts engagés par personne atteinte par le projet (bénéficiaires) ont pu être calculés. Il s'agit là d'une corrélation entre input et portée, mais pas d'une analyse de l'économicité qui impliquerait une comparaison entre les coûts et les bénéfices.

Une reddition des comptes transparente de l'utilisation des ressources financières constitue une condition préalable importante à l'analyse du rapport coûts-bénéfices. L'économicité ne peut toutefois être évaluée que lorsque les effets d'une mesure sont mis en rapport avec les coûts engagés pour sa réalisation. Cela implique que les effets soient mesurés, qu'on dispose de données en quantité et en qualité suffisantes, et que les effets puissent être plausiblement attribués à la mesure (Marti et al., 2022, p. 152). Les défis liés à la mesure de l'impact s'appliquent donc également à l'évaluation de l'économicité, à cette différence près que, dans ce cas, il convient en outre d'analyser les données relatives aux coûts et d'effectuer les comparaisons qui s'imposent.

4.2 Principes d'application des critères EAE dans le domaine PDS

Un examen rigoureux des critères EAE, tel qu'exigé dans le contexte de la LAMal, ne s'avère réaliste que dans de rares cas pour les projets PDS. Il semble toutefois judicieux d'utiliser les critères EAE de la LAMal comme base d'orientation et de tenter, pour chaque projet et mesure PDS, d'élaborer et de mettre en œuvre des solutions qui tendent le plus possible vers une application idéale.

4.2.1 Mesure et évaluation de l'efficacité

L'orientation aux critères EAE implique de garder systématiquement en tête les effets dans le développement de projets, les décisions de financement et l'évaluation. Il est nécessaire de fournir des preuves fondées des effets pouvant être attribués, avec un haut degré de plausibilité, aux mesures d'un projet. Il est cependant tout aussi important d'avoir conscience des limites qui caractérisent la démonstration des impacts dans le cadre des projets PDS et de savoir les gérer de manière appropriée.

4 Voir par exemple la loi sur le Parlement (Assemblée fédérale suisse, 2002) : « L'Assemblée fédérale exerce la haute surveillance dans le respect des critères suivants : a. légalité ; b. régularité ; c. opportunité ; d. efficacité ; e. efficience économique » (art. 26). « Les Commissions de gestion (CdG) exercent la haute surveillance sur la gestion [...] La haute surveillance s'exerce principalement sous l'angle de la légalité, de l'opportunité et de l'efficacité » (art. 52).

Définir les chaînes d'effets

La **modélisation cause-effet** constitue un outil central pour structurer un projet, ses mesures et les effets escomptés ; elle illustre de manière systématique et détaillée les liens recherchés entre les interventions et les effets sous forme de modèle logique. Grâce à une argumentation basée sur des fondements logico-théoriques, ce modèle met en évidence, sous la forme de chaînes causales, quelles conditions et activités permettent d'atteindre des résultats mesurables au niveau empirique.[5] Dans le modèle d'impact, on distingue généralement les effets spécifiques au projet (outcomes) et les impacts systémiques et à plus long terme, tenant ainsi compte de la problématique de temporalité évoquée plus haut.

Évaluer les effets chez les multiplicateur-trice-s, les patient-e-s et au niveau systémique

Dans l'évaluation des projets PDS, deux niveaux d'effets se sont imposés : les effets chez les multiplicateur-trice-s et les effets chez les patient-e-s ou les bénéficiaires finaux-ales. Les premiers sont généralement considérés comme une condition préalable à l'obtention des seconds. En principe, des effets devraient pouvoir être mesurés tant chez les multiplicateur-trice-s que chez les patient-e-s. Or les multiplicateur-trice-s sont souvent plus faciles à atteindre, car ils/elles sont plus directement impliqué-e-s dans les activités du projet ou en constituent le groupe cible. Pour atteindre les patient-e-s, l'implication ciblée des multiplicateur-trice-s est souvent nécessaire. Cela peut entraîner des biais dans la mesure de l'impact. Selon le concept du projet, le nombre de personnes concernées peut être relativement faible, ce qui complique l'analyse statistique des données.[6]

Les effets au niveau du système de soins n'ont jusqu'à présent été recensés que sous forme d'impacts sur les multiplicateur-trice-s, notamment parce que de nombreux changements systémiques (p. ex. amélioration des parcours de soins) ne se laissent pas facilement systématiser et mesurer. Dès le moment où des effets sont générés au niveau du système (niveau structurel), il convient d'en tenir compte. C'est le cas, par exemple, lorsque ces effets concernent une organisation ou le système sanitaire et social, et qu'ils semblent déterminants pour la réussite du projet (p. ex. amélioration de la collaboration, de l'offre de soins, des structures incitatives ou de la culture d'entreprise). Ces effets doivent être intégrés déjà dans l'élaboration du design d'évaluation ; ils sont toutefois difficilement généralisables au vu de l'hétérogénéité des projets PDS.

Design de l'étude

L'évaluation axée sur l'impact repose essentiellement sur une **analyse empirique, fondée sur la méthodologie des sciences sociales,** portant sur les effets (et les effets secondaires) relatifs à un ou plusieurs critères de réussite. Il s'agit de vérifier la question de savoir si et dans quelle mesure une intervention X influence les caractéristiques U, V, W, etc.[7] Pour satisfaire aux critères EAE, il est nécessaire d'apporter une preuve fondée sur le plan théorique et empirique que les outcomes (ou les impacts) sont causalement imputables à une mesure mise en œuvre. On vérifie donc si une mesure est efficace ou si elle produit les effets escomptés sur la base des hypothèses théoriques formulées. Cela implique également de réussir à démontrer que les changements ou effets enregistrés ne se sont pas produits (ou ne se produiraient pas) en l'absence de la mesure en question. À cette fin, les résultats attendus doivent être rendus mesurables sous une forme appropriée (critères, indicateurs, paramètres). Une démonstration d'impact présuppose donc que la nature des résultats à mesurer soit déjà connue au moment de l'élaboration du plan de collecte des données.

5 Le guide de Bieri et Schwegler (2024) fournit une aide à l'élaboration de modèles d'impact. Pour divers concepts, voir également Beywl et Niestro (2009).

6 L'évaluation globale du soutien de projets PDS 2017-2023 constate que les bénéfices des projets pour les patient-e-s n'ont parfois pas pu être mesurés, notamment parce que certaines évaluations de projets ne rendaient pas compte de ces effets de manière suffisamment concrète. Le nombre de patient-e-s chez qui des effets auraient pu être mesurés variait, selon les projets, entre 14 et environ 2000 (Laubereau et al., 2023, p. 37). Il est nécessaire, dès la conception du projet et la planification de l'évaluation, de se demander si un nombre suffisant de patient-e-s pourra être atteint par la mesure et comment l'impact pourra être mesuré au sein de ce groupe cible.

7 Sur la recherche empirique en sciences sociales, en général et dans le cadre de l'évaluation, voir par exemple Diekmann (2023) et Döring (2023).

Pour réussir une évaluation de l'impact, des designs d'évaluation alternatifs sont nécessaires. Dans leur document de travail consacré aux évaluations d'impact des interventions, Fässler et Studer (2019, p. 23 et suivantes) énumèrent trois **types de comparaisons** qui se distinguent par leur pertinence et leur valeur informative : (1) situation visée-situation réelle, (2) avant-après et (3) avant-après avec groupe de contrôle.

1. La **comparaison situation visée-situation réelle** constitue l'étude la plus faible. Elle intervient à la fin d'un projet et compare l'état observé du groupe cible (situation réelle) aux objectifs de résultats escomptés par le projet (situation visée). Elle permet de se prononcer sur le degré de réalisation des objectifs, mais est insuffisante pour une évaluation efficace de l'impact produit.
2. La **comparaison avant-après** évalue l'évolution de la situation du groupe cible depuis le début du projet ou d'une intervention. Dans ce cas, la situation du groupe cible est mesurée au moins deux fois : au début du projet ou avant une intervention (mesure de référence) et à la fin du projet. Des mesures supplémentaires, notamment dans le cadre d'enquêtes de suivi réalisées quelque temps après la fin de l'intervention, renforcent la pertinence de ce design d'étude.
   Une comparaison avant-après permet de vérifier la plausibilité des effets, bien que la fiabilité de cette méthode soit dépendante de la taille des groupes cibles (nombre de participant-e-s).[8]
   Une comparaison avant-après portant uniquement sur les participant-e-s au projet ou à l'intervention ne suffit toutefois pas à prouver l'impact. En effet, il se peut qu'une amélioration de la situation du groupe cible soit constatée par rapport au début du projet, mais que ces changements soient dus à des influences externes, à des évolutions sociétales ou à d'autres variables dites tierces, et non à l'activité du projet.
3. Afin de contrôler ou d'exclure les influences externes, une **comparaison avant-après avec un groupe de contrôle** est nécessaire. Elle consiste à effectuer des mesures au début et à la fin du projet (ou à d'autres moments) tant au sein du groupe cible que dans un groupe de contrôle aussi semblable que possible. Ce n'est qu'avec un dispositif incluant un groupe de contrôle qu'on peut réellement isoler un effet et démontrer l'efficacité d'une intervention.

L'instrument idéal pour démontrer que les effets mesurés ont été effectivement induits par les activités et les interventions d'un projet est un **design d'étude (quasi-)expérimental,** qui permet de comparer les résultats d'un groupe expérimental (c.-à-d. les personnes concernées par l'intervention) avec ceux d'un groupe de contrôle ou de comparaison (c.-à-d. les personnes ne participant pas au projet) aussi semblable que possible. Comme mentionné précédemment, une répartition rigoureusement expérimentale et aléatoire des bénéficiaires finaux-ales des mesures PDS en groupes expérimentaux et test n'est possible que dans de rares cas. Dans les études quasi-expérimentales[9], on compare le plus souvent des groupes « naturels » entre eux (p. ex. les personnes du service A d'un établissement de santé bénéficient d'une formation spécifique, contrairement à celles du service B ; la commune A propose des offres PDS spécifiques, contrairement à la commune B). Les études quasi-expérimentales étant considérées comme moins solides que les études expérimentales, le contrôle des variables tierces ou parasites liées aux personnes revêt ici une importance particulière. Une sélection minutieuse de l'échantillon (population cible, taille, échantillonnage, etc.) est également essentielle tant pour la définition du groupe expérimental que pour celle du groupe de contrôle.

8 Fässler et Studer (2019) mentionnent ici un nombre approximatif d'au moins 100 participant-e-s.

9 Les études quasi-expérimentales s'apparentent au protocole expérimental classique et en suivent la logique méthodologique, sans toutefois répondre aux exigences strictes des designs expérimentaux. Le critère central de la randomisation n'est généralement pas respecté. Une randomisation (préalable) lors de la constitution des groupes expérimentaux et test permet d'éviter les biais de sélection. Si cela est justifiable et réalisable d'un point de vue éthique, pratique ou économique pour la recherche, un design d'étude par essais contrôlés randomisés (RCT) est en principe préférable aux autres designs d'étude. Au niveau scientifique, les RCT (études comportant un groupe témoin composé de personnes réparties de manière aléatoire, qui, dans l'idéal, ignorent si elles participent ou non à une intervention [aveugles]) sont considérés comme le seul design d'étude permettant l'attribution causale d'un effet à une intervention, tout en contrôlant les autres variables influençant les résultats.

Le respect strict des critères EAE nécessite donc en principe un design d'étude (quasi-)expérimental, même si celui-ci est coûteux et que sa mise en œuvre dans le cadre de projets ou d'interventions PDS s'avère ardue en raison de défis méthodologiques (présence d'un groupe de contrôle aussi comparable que possible). En l'absence d'un groupe de contrôle approprié, il est possible, le cas échéant, de recourir à des données statistiques existantes (p. ex. Enquête suisse sur la santé, statistiques médicales des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique, OFS). Il ne s'agit cependant toujours que d'approximations.

Bases de données

Concernant les données et méthodes de collecte empiriques, on distingue en principe deux approches principales :

a la collecte de **données qualitatives** (p. ex. entretiens, analyses documentaires, études de cas) et
b la collecte de **données quantitatives** (p. ex. recensements, mesures, sondages à grande échelle, analyses statistiques).

Idéalement, la mesure de l'impact combine ces deux méthodes. En effet, les méthodes qualitatives permettent de mieux comprendre les relations de cause à effet (complexes), tandis que les méthodes quantitatives sont indiquées pour l'évaluation des critères EAE (en termes de transférabilité, de représentativité et de reproductibilité des résultats d'impact).

La pertinence des données d'impact collectées dépend de leur objectivité ou de leur subjectivité. Les **évaluations subjectives** constituent la forme de preuve la plus faible, même si elles représentent souvent la seule méthode concrètement applicable. Les membres des groupes cibles, les professionnel-le-s ou les parties prenantes évaluent l'efficacité d'un projet sur la base de leur expérience. À strictement parler, il s'agit ici d'opinions, et non de mesures. Les données d'impact fondées sur des mesures offrent une meilleure fiabilité ; il s'agit par exemple d'indicateurs recueillis au cours du projet, de résultats de tests (p. ex. tests de connaissances avant et après une formation, échelles validées), de mesures biologiques (p. ex. tension artérielle, symptômes de stress, poids corporel) ou d'autres indicateurs spécifiques (p. ex. nombre d'admissions aux urgences).

En résumé, on peut retenir les points suivants, susceptibles de renforcer l'alignement des projets PDS et de la mesure de leur impact sur les critères EAE :

- Modéliser systématiquement les relations de cause à effet d'un projet et de ses mesures sous la forme d'un modèle d'impact. Argumentations basées sur des fondements logico-théoriques concernant les chaînes causales d'effets. Opérationnalisation et garantie de la mesurabilité des impacts/résultats.
- En ce qui concerne la démonstration de l'impact, choisir par défaut un design (quasi-) expérimental (comparaison avant-après avec groupe de contrôle) ou un design s'en rapprochant autant que possible.
- En complément ou, le cas échéant, en remplacement d'un groupe de contrôle : recourir à des données supplémentaires (enquête de santé, statistiques médicales des hôpitaux, données institutionnelles, etc.).
- Donner la préférence aux méthodes et mesures quantitatives (analyse des évolutions dans le temps, tests et mesures statistiques par opposition à la collecte de témoignages/évaluations subjectives).

4.2.2 Évaluation de l'adéquation

Alors que l'efficacité indique si et dans quelle mesure des effets désirés ont pu être obtenus, l'adéquation évalue si la méthode et l'approche utilisées sont appropriées pour atteindre les effets visés. En bref : l'efficacité examine le résultat, l'adéquation évalue la pertinence de l'approche adoptée. Dans le cadre des critères EAE, la vérification et la constatation de l'efficacité précèdent l'évaluation de l'adéquation : une mesure qui n'agit pas dans la direction souhaitée ne peut être considérée comme adéquate. Les facteurs clés permettant de mesurer l'adéquation d'un projet sont les suivants :

a la cohérence logique entre le problème, l'objectif et la mesure,
b la plausibilité du modèle d'impact ou de la theory of change,
c l'adéquation des ressources mobilisées (financières, humaines, temporelles) et

d la comparaison avec des approches alternatives, potentiellement plus efficaces ou mieux adaptées (cf. Widmer & Brunold, 2017).

Contrairement à l'évaluation de l'efficacité, celle de l'adéquation revêt généralement un caractère plus normatif, c'est-à-dire qu'elle repose sur la pondération et l'appréciation discrétionnaire des décideur-euse-s concerné-e-s.

Dans le cadre de l'**évaluation des projets PDS,** l'examen de l'adéquation porte principalement sur la pertinence de l'approche choisie pour le projet (y c. choix des groupes cibles), des mesures définies pour la réalisation des objectifs et de l'organisation du projet. L'opérationnalisation de l'adéquation s'inscrit ainsi dans le prolongement des **critères de qualité** définis pour le domaine PDS, qui doivent être pris en compte lors de l'évaluation de la demande de projet et de la mise en œuvre de celui-ci (Widmer Howald et al., 2024).

4.2.3 Mesure et évaluation de l'économicité

Afin d'apporter la preuve de l'économicité au sens des critères EAE de la LAMal, les projets PDS doivent présenter un rapport coûts-bénéfices favorable pour les mesures testées.[10]

Analyses coûts-bénéfices

Pour mesurer et comparer l'efficacité des mesures eu égard à l'atteinte des résultats escomptés, on distingue en principe trois types d'analyses coûts-bénéfices.[11] Ces approches se distinguent par leurs objectifs et, en particulier, par le degré de monétisation des coûts et des bénéfices :

- Analyses coûts-bénéfices au sens classique (*cost-benefit analysis,* CBA)
- Analyses coûts-efficacité (*cost-effectiveness analysis, CEA*)
- Analyses coûts-utilité (*cost-utility analysis,* CUA)

L'analyse coûts-bénéfices (CBA) classique permet de déterminer quelle option parmi les mesures envisagées génère le plus grand bénéfice net (bénéfices totaux moins coûts totaux). À cette fin, l'ensemble des coûts et des bénéfices de chaque option sont monétisés, c'est-à-dire exprimés en unités monétaires. Il en résulte différents indicateurs tels que l'utilité nette, les coûts du projet eu égard à l'utilité ou encore le rapport coûts-utilité (p. ex. sous forme de ROI : pour chaque franc investi dans le projet, on obtient x francs d'utilité ou x francs d'économies[12]). L'un des avantages de la CBA est qu'elle s'applique également à des projets ou interventions isolés, sans nécessité de calculs comparatifs, puisque tant les coûts que les bénéfices sont mesurés en unités monétaires et permettent donc de calculer directement un gain ou une perte. Dans le cas des projets PDS, le résultat souhaité est souvent une non-occurrence (l'absence d'apparition d'un problème de santé). Pour autant que des données sur les coûts associés à ce problème de santé soient disponibles, le gain monétaire ou bénéfice résultant de l'absence de ce problème de santé peut être exprimé sous forme d'une économie de coûts. Le principal défi de l'analyse coûts-bénéfices classique réside dans la monétisation – très complexe et chronophage – de toutes les composantes de bénéfice.

L'analyse coûts-efficacité (CEA) est un peu moins exigeante. Dans le cadre d'une CEA, seuls les coûts d'une intervention sont mesurés en unités monétaires, tandis que l'efficacité est exprimée en paramètres non monétaires. L'objectif de cette analyse est de déterminer quelle alternative d'intervention présente le niveau d'utilité le plus élevé pour un coût donné ou le coût le plus faible pour un niveau d'utilité donné (minimisation des coûts). Le résultat, c'est-à-dire le rapport coût-utilité, est exprimé en unité monétaire (coûts) par unité de résultat souhaité : la mesure A coûte x francs par cas de maladie évité (par admission aux urgences évitée, par kg de poids corporel perdu, par contrat d'apprentissage conclu avec des jeunes souffrant de troubles psychiques, etc.). Dans le cas de projets PDS complexes, la CEA, qui se concentre sur une mesure unidimensionnelle

10 L'approche théorico-économique se fonde sur la théorie du bien-être *(welfare economics)*, qui part du principe de la rareté fondamentale des ressources et s'interroge sur leur utilisation afin d'atteindre un niveau optimal de bien-être social. On qualifie une prestation de santé de rentable (ou efficiente) lorsqu'elle est fournie en mobilisant le moins de ressources possible.

11 Pour l'évaluation économique, voir Schug et al. (2006), König (2022) ainsi que Schöffski et Graf von der Schulenburg (2012).

12 Les approches SROI (Social Return on Investment) décrivent la valeur ajoutée sociétale/le rendement des projets (sociaux).

de l'impact, ne s'applique que de manière limitée. L'analyse coûts-conséquences (*cost-consequences analysis,* CCA) offre ici une solution plus adaptée (voir Schug et al., 2006) : dans cette approche, le bénéfice n'est pas exprimé en unités ni agrégé en une unique mesure d'outcome, mais les différents résultats sont présentés sous forme descriptive et mis en regard des coûts.

L'analyse coûts-utilité (CUA) peut être considérée comme une forme particulière de la CEA. Elle compare la rentabilité de différentes interventions en mesurant les coûts en unités monétaires et en exprimant l'utilité à l'aide d'une unité de mesure (non monétaire) commune, c'est-à-dire d'une métrique comparable. À cette fin, on recourt souvent à des indicateurs permettant de mesurer la charge de morbidité (années de vie en bonne santé perdues en raison de la maladie : *disability-adjusted life year,* DALY) ou la qualité de vie gagnée (années de vie passées en bonne santé : *quality-adjusted life year,* QALY). Les défis des CUA résident dans la complexité de l'évaluation et de la mesure des bénéfices pour la santé ainsi que dans la prise en compte des coûts et bénéfices marginaux.

Le choix et l'application d'un type d'analyse coûts-bénéfices dans l'évaluation des projets PDS dépendent des réponses visées et des données d'outcome disponibles. S'il s'agit de déterminer si la mise en œuvre d'une mesure est globalement rentable, une CBA est en principe indiquée. Si la question est de savoir si une mesure est moins coûteuse (plus économique) qu'une autre pour atteindre un résultat donné, c'est une CEA qui permet d'y répondre. Pour évaluer si les bénéfices obtenus pour la santé, exprimés en QALY, justifient les coûts d'une mesure adoptée (par rapport à une autre), une CUA est idoine. Dans le domaine PDS, cependant, il manque souvent des mesures comparatives appropriées ou les données correspondantes. C'est pourquoi le statu quo ou la non-intervention servent souvent de base de comparaison.

Comme mentionné précédemment, des analyses coûts-conséquences (CCA) peuvent également être réalisées pour les interventions de santé publique. Étant donné que la CCA ne procède qu'à une pondération subjective des coûts et des bénéfices, il ne s'agit pas là d'une analyse d'économicité au sens strict. Elle permet néanmoins de fournir aux décideur-euse-s des informations sur la rentabilité et de définir des priorités. Pour les projets PDS complexes, il peut s'avérer judicieux d'utiliser une CCA comme base pour réaliser une CEA relative à un aspect spécifique du projet, en isolant certains résultats spécifiques de la CCA pour les monétiser et les comparer entre eux.

Bases de données

Une analyse d'économicité présuppose que les **coûts d'un projet ou d'une mesure** ainsi que l'utilisation des ressources, soient recensés de manière aussi exhaustive et transparente que possible.[13] Les coûts d'un projet (inputs dans le modèle d'impact) peuvent généralement être subdivisés en coûts d'investissement et coûts d'exploitation, et différenciés en frais de personnel et frais matériels. Il en va de même pour les **bénéfices d'un projet ou d'une mesure,** qui doivent également être consignés de manière aussi exhaustive que possible (bénéfices directs et indirects, matériels et immatériels). À cet égard et compte tenu des défis décrits ci-dessus, il convient d'accorder une attention particulière aux effets mesurables et quantifiables d'une intervention (effets visés et effets secondaires). Dans certains cas, les valeurs des bénéfices peuvent être tirées de la littérature scientifique. Toutefois, dans le cas d'interventions complexes, composées de plusieurs interventions, et dont les effets dépendent fortement du contexte, comme c'est généralement le cas dans les projets PDS, cela n'est souvent pas réaliste (Laubereau et al., 2023 ; BAK, 2023). Si les effets ne sont pas mesurés ou s'ils ne sont pas quantifiables, il n'est alors pas possible de mettre en balance les coûts et les bénéfices.

13 Dans une analyse globale, cela concernerait les coûts directs (internes) et indirects (externes) ainsi que matériels et immatériels. Les effets matériels et immatériels se distinguent par leur critère de mesurabilité : les premiers peuvent être quantifiés en termes monétaires, tandis que les seconds ne peuvent être décrits qu'à l'aide d'indicateurs qualitatifs. Dans la pratique, la distinction entre ce qui est considéré comme matériel ou immatériel est souvent sujet à controverse.

Étapes préliminaires et variantes de l'analyse de l'économicité

Aux fins de l'évaluation des **projets PDS,** les principes suivants peuvent être considérés comme étapes progressives menant à une analyse d'économicité complète :

- Au minimum, il faut disposer d'un **rapport input-output** (coûts par produit généré). Il s'agit de présenter les ressources financières qui ont été mobilisées pour générer les éléments d'output comptabilisés (p. ex. cours, dépliants, vidéos didactiques, ateliers avec les personnes concernées et autres produits).
- Dans la mesure du possible, il s'avère utile d'effectuer une représentation du **rapport input-output** (coûts par personne atteinte), mettant en relation les ressources mobilisées et le nombre de personnes atteintes par le projet (multiplicateur-trice-s, professionnel-le-s, patient-e-s). Dans le cas des projets pilotes, les coûts par personne atteinte sont généralement plus élevés, car l'implémentation du projet, l'expérimentation des mesures, etc. s'accompagnent d'investissements plus importants que la simple mise en œuvre de mesures déjà établies. Pour cette raison, les analyses de coûts devraient, dans la mesure du possible, se concentrer sur le « fonctionnement courant » d'un projet.[14]
- Pour un examen plus complet de l'économicité, l'évaluation économique prend en compte non seulement les coûts, mais aussi les bénéfices et/ou les outcomes. Dans le cadre de l'**analyse coûts-conséquences** (CCA), cela se traduit par une description systématique des divers composants de bénéfice associés aux outcomes et par une évaluation (subjective) du rapport coûts-bénéfices. L'analyse gagne en fiabilité lorsque, pour les éléments du projet s'y prêtant, les bénéfices sont calculés à l'aide de paramètres mesurables et mis en relation avec les coûts (approche CEA), permettant en outre une comparaison avec des mesures alternatives (ou avec le scénario de non-intervention) en termes de coûts-efficacité ou de coûts-utilité.
- Dans la variante la plus complète, à savoir l'**analyse coûts-bénéfices** (CBA), tous les coûts et bénéfices d'un projet ou d'une intervention sont quantifiés en unités monétaires, et une comparaison est effectuée entre l'ensemble des ressources mobilisées (coûts) et l'ensemble des bénéfices obtenus sous la forme d'un bilan coûts-bénéfices (bénéfice net, ROI).

Il va de soi que la qualité de l'analyse de l'économicité est directement liée à la qualité de la mesure de l'efficacité et des données collectées. À cette fin, il est en principe nécessaire de disposer de données sur les coûts et les bénéfices, obtenues à l'aide des méthodes d'enquête propres à la recherche empirique en sciences sociales (recensements, mesures, observations, tests et, dans une moindre mesure, sondages, avis d'expert-e-s, etc.).

En résumé, on peut retenir les points suivants, susceptibles de renforcer l'alignement des projets PDS et de la mesure de l'économicité sur les critères EAE :

- Créer les conditions nécessaires : recensement exhaustif et transparent de l'utilisation des ressources (monétaires) d'un projet (inputs, coûts) ainsi que des bénéfices (monétaires) générés par la mesure (output, outcome). La disponibilité de ces données et les modalités de leur collecte doivent être clarifiées dès la phase de conception.
- Effectuer une évaluation minimale de l'économicité sur la base du rapport input-output et du rapport input-portée (coûts par produit généré ; coûts par membre du groupe cible, multiplicateur-trice ou patient-e atteint-e).
- Vérifier et documenter l'économicité sous la forme d'une analyse coûts-conséquences, complétée si possible par des éléments d'analyse coûts-efficacité.
- Si nécessaire et dans la mesure du possible : concevoir et réaliser une analyse coûts-bénéfices exhaustive, comprenant le recensement et la monétisation de l'ensemble des coûts et des bénéfices d'un projet ou d'une intervention.

14 Dans les analyses économiques, on recourt ici fréquemment à l'actualisation des coûts (ainsi que des bénéfices).

5 Critères EAE dans le soutien de projets PDS



Ci-après, les critères EAE sont examinés séparément et des catégories et indicateurs pertinents pour le domaine PDS sont présentés (tableau récapitulatif à l'annexe A-1). Il convient de rappeler qu'en ce qui concerne les critères d'efficacité et d'économicité, toutes les catégories ou tous les indicateurs ne seront pas pertinents ou applicables à chaque projet. En revanche, pour ce qui est de l'adéquation, l'ensemble des catégories et indicateurs devraient pouvoir être évalués. Pour chaque critère, plusieurs indicateurs sont proposés, servant à évaluer le respect dudit critère. Les indicateurs sont décrits comme des « paramètres » et des « indications » : un paramètre indique qu'une valeur quantitative est requise, tandis qu'une indication présuppose une valeur qualitative (descriptive).

5.1 Efficacité

L'efficacité des interventions étant une condition préalable à leur adéquation et à leur économicité, la mesure de l'impact occupe une place centrale dans l'application des critères EAE. Dans les projets PDS, cela représente un défi sur le plan tant méthodologique que pratique. Il convient donc d'examiner dans un premier temps s'il est possible d'adopter un protocole expérimental ou quasi-expérimental (comparaison avant-après avec groupe de contrôle). Si tel n'est pas le cas, les résultats doivent être étayés et validés le plus largement possible sur le plan méthodologique. Cela signifie que les effets doivent être mesurés à plus de deux temporalités différentes, à l'aide de méthodes variées (combinaison de méthodes) et aux différents niveaux d'impact (multiplicateur-trice-s, patient-e-s).
En principe, la plupart des projets PDS distinguent deux niveaux d'impact, qui sont consignés dans le modèle d'impact : les effets sur les multiplicateur-trice-s, c'est-à-dire les partenaires du projet et les professionnel-le-s impliqué-e-s, et ceux sur les bénéficiaires finaux-ales, à savoir les patient-e-s ou les personnes présentant un risque accru de maladies non transmissibles, de problèmes de dépendance ou de troubles psychiques, ainsi que leurs proches.

5.1.1 Efficacité chez les multiplicateur-trice-s

Le tableau 2 présente les catégories et indicateurs de l'efficacité chez les multiplicateur-trice-s.
La mesure de la portée d'un projet est considérée comme l'exigence minimum pour la mesure de l'impact. Les données relatives à l'utilisation d'une mesure ou d'une offre (p. ex. nombre de participant-e-s à une formation) sont généralement comptabilisées parmi les outputs d'un projet ; en d'autres termes, elles ne sont pas considérées comme des effets, mais comme des indicateurs de la réalisation des objectifs. Lors de l'évaluation de la portée, le nombre de personnes atteintes est mis en rapport (du moins approximativement) avec le nombre de personnes potentiellement « atteignables ». Si un projet présente une portée limitée, cela peut s'expliquer par le fait que le nombre de personnes concernées par la problématique abordée est relativement faible ; cela peut toutefois également s'expliquer par le fait que, au sein d'un groupe cible potentiellement large, il n'a été possible d'atteindre qu'un nombre limité de personnes. Pour évaluer la portée potentielle, il faut disposer d'une valeur de référence à laquelle comparer la portée effective. Cette valeur résulte des indications fournies par l'équipe de projet dans sa demande de projet et/ou sur la plateforme Promotion Digitale et peut, si dûment justifié, être ajustée par l'équipe d'évaluation.
Concernant les effets, dans le contexte de la promotion de la santé et de la prévention, on tend à opérer une distinction entre les changements liés aux connaissances, à l'attitude ou à la motivation à modifier son comportement, à l'acquisition de compétences et au changement de comportement lui-même (Finne & Paul, 2025). L'objectif est le changement de comportement ; les autres aspects sont considérés comme des conditions préalables ou des étapes intermédiaires.

TABLEAU 2

Catégories et indicateurs de l'efficacité chez les multiplicateur-trice-s

Catégorie	Indicateur
Recours à la mesure et/ou participation à sa mise en œuvre (portée)	**Paramètre 1 :** nombre et proportion des multiplicateur-trice-s (interrogé-e-s) qui connaissent la mesure ou participent à sa mise en œuvre, par rapport au nombre total de multiplicateur-trice-s potentiel-le-s
Acquisition de connaissances	**Paramètre 2 :** nombre et proportion des multiplicateur-trice-s (interrogé-e-s) qui (a) déclarent avoir acquis de nouvelles connaissances grâce à la mesure et/ou chez lesquel-le-s (b) on peut mesurer une augmentation des connaissances
Changement de l'attitude et/ou de la motivation	**Paramètre 3 :** nombre et proportion des multiplicateur-trice-s (interrogé-e-s) qui (a) déclarent avoir perçu une modification dans leur attitude ou leur motivation grâce à la mesure et/ou chez lesquel-le-s (b) un changement d'attitude ou de motivation peut être mesuré
Amélioration des compétences pratiques	**Paramètre 4 :** nombre et proportion des multiplicateur-trice-s (interrogé-e-s) qui (a) déclarent se sentir capables, grâce à la mesure, de modifier leur comportement/leurs actions, et/ou chez lesquel-le-s (b) on mesure une augmentation des compétences pratiques
Changement comportemental	**Paramètre 5 :** nombre et proportion des multiplicateur-trice-s (interrogé-e-s) qui (a) déclarent avoir modifié leur comportement ou leurs actions grâce à la mesure, et/ou chez lesquel-le-s (b) on peut mesurer ou observer un changement de comportement ou d'action
Améliorations découlant de la thématique du projet	**Paramètre 6 :** nombre et proportion des multiplicateur-trice-s (interrogé-e-s) qui (a) font état, grâce à la mesure, d'améliorations spécifiques imputables au projet et/ou chez lesquel-le-s (b) des améliorations correspondantes peuvent être mesurées

Représentation : BASS

Les paramètres 2 à 6 mettent en évidence différentes possibilités de collecte de données. Dans la variante (a), on demande aux personnes interrogées d'autoévaluer si, grâce à la mesure, elles constatent un changement en elles-mêmes. Dans la variante (b), en revanche, le sondage évalue directement dans quelle mesure des changements se sont produits au niveau des connaissances, des attitudes, des compétences pratiques ou du comportement. La variante (b) est considérée comme plus informative et plus fiable. En complément, les effets sur les multiplicateur-trice-s peuvent également être mesurés selon une « perspective externe », par exemple par le biais d'une évaluation réalisée par un-e expert-e tier-ce pour déterminer dans quelle mesure un changement de comportement s'est produit dans le contexte donné et quels en sont les effets. Le paramètre 6 « Améliorations découlant de la thématique du projet » est un indicateur ouvert qui peut être utilisé pour mettre en évidence tant les changements spécifiques au projet que les changements au niveau systémique ou des conditions-cadres. À cet égard, d'autres formes de collecte de données peuvent également être envisagées, telles que le recours à des données (de routine) provenant des organisations impliquées (voir chapitre 5.1.2).

5.1.2 Efficacité chez les patient-e-s

Le tableau 3 présente les catégories et indicateurs de l'efficacité chez les patient-e-s.

Chez les patient-e-s également (y c. les personnes présentant un risque accru de maladie et leurs proches), la mesure de la portée constitue une exigence minimum. De plus, la satisfaction à l'égard de la mesure (de l'offre, de l'intervention) est déterminante pour que celle-ci soit bien acceptée et puisse produire ses effets. D'autres indicateurs découlent du soutien de projets PDS[15] ou se rap-

15 Voir https://promotionsante.ch/prevention-dans-le-domaine-des-soins/soutien-de-projets/bases/objectifs.

TABLEAU 3

Catégories et indicateurs de l'efficacité chez les patient-e-s

Catégorie	Indicateur
Portée de la mesure	**Paramètre 1 :** nombre et proportion de patient-e-s recourant effectivement à la mesure, par rapport au nombre potentiel d'utilisateur-trice-s
Satisfaction	**Paramètre 2 :** nombre et proportion de patient-e-s se déclarant satisfait-e-s de la mesure
Objectifs du soutien de projets PDS : promotion des compétences d'autogestion, de l'auto-efficacité, de l'autonomie et/ou de la qualité de vie	**Paramètre 3 :** nombre et proportion de patient-e-s qui (a) font état d'une amélioration de leurs compétences d'autogestion, de leur auto-efficacité, de leur autonomie et/ou de leur qualité de vie grâce à la mesure et/ou chez qui (b) les améliorations correspondantes peuvent être mesurées
Réduction des besoins en traitement	**Paramètre 4 :** nombre et proportion de patient-e-s qui (a) font état d'une réduction des besoins en traitement grâce à la mesure et/ou chez qui (b) une telle réduction peut être mesurée
Amélioration de la prise en charge / du traitement	**Paramètre 5 :** nombre et proportion de patient-e-s qui (a) déclarent avoir bénéficié d'une amélioration de la prise en charge grâce à la mesure et/ou chez qui (b) une telle amélioration peut être mesurée
Améliorations découlant de la thématique du projet[a]	**Paramètre 6 :** nombre et proportion de patient-e-s qui (a) font état d'améliorations spécifiques au projet grâce à la mesure et/ou chez qui (b) des améliorations correspondantes peuvent être mesurées

[a] Effets découlant du thème spécifique du projet et non inclus dans les catégories susmentionnées (p. ex. amélioration du sommeil, diminution des tendances suicidaires).

Représentation : BASS

portent aux thématiques spécifiques des projets et aux domaines prioritaires du soutien de projets (p. ex. amélioration du sommeil, stabilisation durable après une tentative de suicide).

Pour mesurer l'impact chez les patient-e-s, différentes options de collecte de données peuvent être envisagées. Comme pour les multiplicateur-trice-s, il s'agit soit (a) d'autoévaluations de l'impact par les patient-e-s eux/elles-mêmes, soit (b) d'indicateurs objectifs. Ici aussi, la mesure du changement est considérée comme plus pertinente que la simple autoévaluation, même s'il n'est pas toujours possible de distinguer clairement ces deux approches. Dans la mesure du possible, il convient d'utiliser un instrument d'enquête validé et adapté à la mesure de l'impact.[16]

La stabilisation et/ou l'amélioration de l'état de santé, tout comme le renforcement des compétences d'autogestion, peuvent entraîner une diminution des besoins en traitement, ce qui revêt une importance particulière pour l'analyse de l'économicité (calcul des économies potentielles résultant de la réduction des prestations médicales). En principe, les changements au niveau des besoins en traitement peuvent être autoévalués par les patient-e-s. Si disponibles, il convient toutefois d'intégrer également les données relatives aux prestations médicales, qui permettent de détecter d'éventuelles variations dans les besoins en traitement (p. ex. nombre d'admissions à l'hôpital, volume des traitements suivis). Ces données (de routine) sont souvent disponibles sur une longue période, ce qui permet de déterminer une évolution potentielle en comparant la situation suivant l'introduction d'une nouvelle mesure avec celle des années précédant ladite mesure *(interrupted time series analysis)*. Le calcul des éco-

16 Le document de travail 67 « Comment évaluons-nous la santé psychique ? » de Promotion Santé Suisse propose un aperçu des instruments d'enquête validés, utilisés en Suisse dans le domaine de la santé psychique pour l'évaluation de projets PDS.

nomies potentielles suppose que la diminution des besoins en traitement puisse être mesurée et quantifiée selon une méthodologie rigoureuse (voir chapitre 5.3).
Si disponibles, les données de routine servent également à mesurer les effets sur la prise en charge. À cet égard, il importe de déterminer quels changements dans la prise en charge sont pertinents pour les patient-e-s et dans quelle mesure ils améliorent l'état de santé. En principe, il est possible que les patient-e-s bénéficient d'un nombre accru ou réduit de traitements ou alors de traitements différents. Les changements peuvent donc être quantitatifs ou qualitatifs (ou les deux). Dans certains cas, les améliorations dans la prise en charge peuvent être évaluées par les patient-e-s (ou encore par les multiplicateur-trice-s). Dans d'autres cas, les variations peuvent s'observer dans les données (de routine) des prestataires, par exemple lorsqu'une prestation est remplacée par une autre. Ces effets peuvent également s'avérer pertinents pour le calcul des économies potentielles.

5.1.3 Efficacité des applications numériques

Les projets qui développent des applications numériques et les testent dans la pratique constituent un cas particulier dans le cadre du soutien de projets PDS. Ils génèrent également des effets sur les multiplicateur-trice-s et les patient-e-s. Dans le cas des applications numériques, l'accent est souvent mis sur les données d'utilisation, qui peuvent être collectées en partie de manière automatisée. La portée de l'application peut être monitorée par le biais de différents indicateurs (tableau 4), tels que le nombre d'inscriptions, le nombre d'utilisateur-trice-s sur une période donnée (mois, année, durée du projet) ou le nombre de fonctionnalités utilisées (p. ex. téléchargements). Toutefois, ces données sont souvent peu parlantes, car elles ne fournissent aucune information sur l'identité des personnes ayant consulté un site internet ou téléchargé une application, ni sur le niveau de familiarisation réelle des utilisateur-trice-s avec les contenus.
Dans les sondages auprès des utilisateur-trice-s, par exemple durant la phase test, l'accent est mis sur la satisfaction vis-à-vis des fonctionnalités de l'application et sur les effets spécifiques du projet.

5.2 Adéquation

Il n'existe pas de méthodologie scientifique pour l'évaluation de l'adéquation ; celle-ci repose avant tout sur l'évaluation du caractère approprié et de la pertinence d'un projet. Il est donc important de déterminer à quelle évaluation doit servir l'application des critères EAE. À cette fin, le guide Contrôle de qualité fait intervenir à la fois les responsables de projets chez Promotion Santé Suisse et les équipes d'évaluation (Widmer Howald et al., 2024).

TABLEAU 4

Catégories et indicateurs de l'efficacité des applications numériques

Catégorie	Indicateur
Utilisation de l'application numérique (portée)	**Paramètre 1 :** nombre d'inscriptions effectives par rapport au nombre potentiel d'inscriptions et/ou à des applications similaires
	Paramètre 2 : nombre d'utilisateur-trice-s par mois/trimestre/année par rapport au nombre potentiel d'utilisateur-trice-s et/ou à des applications similaires
	Paramètre 3 : nombre de fonctionnalités utilisées, de visites sur le site, de téléchargements, etc., par rapport au nombre potentiel de visites et/ou à des applications similaires
Satisfaction à l'égard des fonctionnalités de l'application	**Paramètre 4 :** nombre et proportion d'utilisateur-trice-s satisfait-e-s des fonctionnalités de l'application
Autres effets spécifiques au projet[a]	**Paramètre 5 :** nombre et proportion d'utilisateur-trice-s faisant état d'un effet spécifique au projet attribuable à l'application numérique

[a] Effets découlant du thème spécifique du projet et non inclus dans les catégories susmentionnées.

Représentation : BASS

L'adéquation des projets PDS peut être évaluée selon trois catégories : l'approche conceptuelle, les mesures adoptées et l'organisation du projet (tableau 5). Les indicateurs d'adéquation s'inspirent des critères de qualité de la PDS, car la pertinence d'un projet dépend de la qualité de sa planification et de sa mise en œuvre, et crée ainsi les conditions nécessaires pour que le projet puisse atteindre ses objectifs et produire les effets escomptés (Widmer Howald et al., 2024). Il s'agit ici d'estimations et d'évaluations formulées par l'équipe d'évaluation sur la base des données qu'elle a recueillies et des rapports annuels des projets. Ces évaluations doivent être motivées de manière transparente et compréhensible, sans qu'une quantification des résultats soit toutefois nécessaire. La pertinence de l'approche conceptuelle, des mesures et de l'organisation du projet peut également être examinée sous l'angle du potentiel de pérennisation d'un projet.
Tous les aspects de l'adéquation peuvent être évalués tant de manière prospective (sur la base de la demande de projet) que rétrospective (après la mise en œuvre du projet et sur la base des résultats de l'évaluation).

5.3 Économicité

L'évaluation de l'économicité des projets PDS consiste à mettre en balance les bénéfices des mesures mises en œuvre et leurs coûts. Les analyses de l'économicité ou du rapport coûts-bénéfices aident à déterminer si les effets obtenus justifient les ressources mobilisées. Elles sensibilisent à la valeur des mesures mises en œuvre dans le cadre des projets PDS et fournissent des informations utiles sur leur durabilité ainsi que pour les décisions relatives à la poursuite du financement. À cette fin, il convient de déterminer quels coûts doivent être mis en regard de quels bénéfices, et si ces derniers se rapportent à une ou à plusieurs des mesures testées dans le cadre du projet. En règle générale, les analyses de coûts devraient se fonder en premier lieu sur les effets observés chez les patient-e-s. On peut toutefois envisager des scénarios dans lesquels les effets observés chez les multiplicateur-trice-s peuvent constituer la base d'une analyse coûts-bénéfices (p. ex. lorsque les patient-e-s ne sont pas directement touché-e-s pendant la durée du projet et que les mesures s'adressent uniquement aux professionnel-le-s).

TABLEAU 5

Catégories et indicateurs de l'adéquation

Catégorie	Indicateur
Approche du projet	**Indication 1 :** le choix des bénéficiaires finaux-ales (groupes cibles), des multiplicateur-trice-s, des mesures et des settings est adapté pour atteindre les objectifs du soutien de projets PDS.
	Indication 2 : le besoin d'intervention auprès des bénéficiaires finaux-ales (groupes cibles) est motivé de manière plausible et, le cas échéant, étayé par des données.
Mesures	**Indication 3 :** les mesures (prévues) sont de nature à permettre d'atteindre les effets visés par le projet (adéquation théorique).
	Indication 4 : l'adéquation des mesures (mises en œuvre) est démontrée avec un haut degré de plausibilité (adéquation empirique fondée sur la mesure de l'impact dans le cadre de l'évaluation).
Organisation du projet	**Indication 5 :** le projet présente une structure adéquate et compréhensible pour l'ensemble des acteur-trice-s, avec des rôles et des responsabilités clairement définis.
	Indication 6 : il existe une direction de projet, dotée des compétences nécessaires et disponible pendant toute la durée du projet.

Représentation : BASS

La condition préalable à l'analyse de l'économicité (tableau 6) est, d'une part, que les coûts soient présentés de manière transparente, notamment en ce qui concerne l'utilisation des fonds et, d'autre part, que les bénéfices ou éléments de bénéfice de la ou des mesures soient recensés. Il s'agit ici de déterminer quels effets se prêtent à une évaluation coûts-bénéfices. Ces effets doivent être pertinents, quantifiables et, dans la mesure du possible, monétisés. Une évaluation purement qualitative de l'économicité, fondée par exemple sur l'avis des acteur-trice-s, n'est pas suffisante. En revanche, certains groupes d'acteur-trice-s ou d'expert-e-s peuvent être associés à l'interprétation et à l'évaluation du rapport obtenu entre coûts et bénéfices/effets.

Aux fins de l'analyse de l'économicité, il convient donc de déterminer quels coûts doivent être mis en regard de quels éléments de bénéfice et quelle méthode doit être choisie pour quantifier les bénéfices ainsi qu'analyser et évaluer ce rapport.

TABLEAU 6

Catégories et indicateurs de l'économicité

Catégorie	Indicateur
Utilisation des moyens alloués au projet	**Indication 1 :** les dépenses/coûts de la mesure (de l'offre / du traitement), subdivisés par catégories de coûts (infrastructure, personnel, etc.) et, le cas échéant, par sources de financement (fonds propres, contributions des partenaires du projet ou de tier-ce-s, etc.), sont documentés de manière transparente.[a]
Rapport input-output/ portée	**Indication 2 :** les coûts par produit généré par les mesures se situent dans un cadre compréhensible et raisonnable (normatif, basé sur l'analyse des alternatives ou la littérature scientifique).
	Indication 3 : les coûts par personne cible atteinte (multiplicateur-trice-s, patient-e-s) se situent dans un cadre compréhensible et raisonnable (normatif, basé sur l'analyse des alternatives ou la littérature).
Économicité des coûts du projet par rapport aux bénéfices obtenus	**Indication 4 :** les bénéfices ou éléments de bénéfice des mesures sont relevés et présentés sous une forme appropriée (bénéfices matériels/monétisables et/ou immatériels/non monétisables).[a]
	Indication 5 : la comparaison systématique et la pondération subjective des coûts des mesures et des bénéfices de la mesure relevés sous forme qualitative/descriptive aboutissent à un rapport favorable par rapport aux alternatives (si existantes). Les surcoûts de la mesure (de l'offre / du traitement) sont compensés par un bénéfice supplémentaire correspondant. (CCA)
	Paramètre 1 : la comparaison entre les coûts des mesures et les paramètres de bénéfice quantitatifs non monétaires spécifiques au projet (p. ex. pour chaque admission aux urgences évitée, pour chaque mmHg de réduction de la pression artérielle) fait apparaître un rapport favorable par rapport aux alternatives (si existantes). (CEA).
	Paramètre 2 : la comparaison entre les coûts des mesures et les paramètres de bénéfice quantitatifs non monétaires spécifiques au projet (p. ex. par nombre d'années de vie en bonne santé gagnées, QALY) fait apparaître un rapport favorable par rapport aux alternatives (si existantes). (CUA).
	Paramètre 3 : la comparaison entre les coûts de la mesure et les bénéfices monétisés générés par celle-ci révèle un rapport favorable (bilan coûts-bénéfices positif, bénéfice net), dans l'absolu et/ou par rapport aux alternatives (si existantes). (CBA)

[a] Les indications 1 et 4 constituent des conditions préalables indispensables à la détermination de l'indication 5 et des paramètres 1 à 3.

Représentation : BASS

6 Conclusions

Comment appliquer les critères EAE au domaine de la PDS ? Quelles méthodes et quels indicateurs permettent d'intégrer ces aspects dans l'évaluation des projets ? Le présent document de travail met en évidence les nombreux défis méthodologiques et pratiques liés à l'application des critères EAE et montre comment et sous quelles conditions il est possible de procéder à une évaluation de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité des projets.

Pour une orientation cohérente aux critères EAE, il apparaît nécessaire d'adopter un mode d'évaluation davantage axé sur les aspects quantitatifs, par rapport à ce qui se pratiquait jusqu'à présent dans le domaine de la PDS. Le défi central réside dans la mesure de l'impact, indispensable non seulement pour démontrer l'efficacité, mais aussi pour évaluer l'économicité. Les projets et mesures PDS sont efficaces lorsque les bénéfices obtenus peuvent être attribués avec un haut degré de plausibilité à la ou aux mesures mises en œuvre. Pour démontrer l'économicité, les effets doivent en outre être quantifiables et, dans la mesure du possible, pouvoir être mesurés et/ou observés.

La condition préalable à la démonstration de l'efficacité et de l'économicité est un design d'évaluation capable de mettre en évidence les effets avec un haut degré de plausibilité et comprenant, idéalement, une comparaison avant-après avec un groupe de contrôle. Lors de l'évaluation de l'efficacité, l'accent doit être mis sur les effets observés chez les bénéficiaires finaux-ales. Bien que les effets sur les multiplicateur-trice-s soient également importants, ils constituent avant tout une étape nécessaire pour atteindre les patient-e-s. D'un point de vue méthodologique, l'application des critères EAE dans l'évaluation est donc exigeante, du moins en ce qui concerne les critères d'efficacité et d'économicité. Le présent document de travail indique ainsi également quelles étapes préliminaires et quelles variantes permettent de garantir au moins un alignement minimum sur ces critères dans les évaluations.

L'application des critères EAE est complexe non seulement du point de vue des évaluations externes, mais aussi pour les projets eux-mêmes, car, in fine, ce sont eux qui doivent permettre de mesurer les effets et de calculer les coûts et les bénéfices. Dans de nombreux projets, il restera difficile de remplir les conditions d'une comparaison avant-après avec un groupe de contrôle, d'utiliser des instruments de mesure standardisés ou même de mesurer sous une forme appropriée les effets chez les bénéficiaires finaux-ales. Il convient donc d'envisager des designs d'évaluation alternatifs, qui doivent toutefois endosser une certaine perte de fiabilité des résultats.

Le système d'indicateurs présenté dans ce document sert de guide pour orienter davantage l'évaluation vers les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Dans ce contexte, les indicateurs doivent toutefois être interprétés à la lumière de l'approche méthodologique adoptée, c'est-à-dire du plan d'évaluation et des méthodes de collecte et d'analyse des données, qui peut aboutir à des résultats variables en termes de fiabilité et de valeur informative.

7 Bibliographie

Assemblée fédérale suisse. (2002). *Loi du 13 décembre 2002 sur l'Assemblée fédérale (Loi sur le Parlement, LParl)* (état au 8 septembre 2025). RS 171.10.

BAK. (2023). *Gesundheitsökonomischer Fussabdruck der Prävention in der Gesundheitsversorgung: «Footprint PGV-Projekte». Schlussbericht.* Sur mandat de Promotion Santé Suisse. BAK Economics.

Balthasar, A. (2022). Evaluation der Aktivitäten zur Prävention von NCD: Unmögliches möglich machen. Dans Promotion Santé Suisse (Éd.), *Prävention von chronischen Krankheiten* (pp. 169-179). Hogrefe.

Beywl, W. & Niestro, M. (2009). *Das A-B-C der wirkungsorientierten Evaluation* (2e éd. entièrement révisée et complétée). Univation Institut für Evaluation.

Bieri, O. & Schwegler, C. (2024). *Guide pour le développement de modèles d'impact. Planifier, représenter et mesurer des interventions efficaces.* Interface Politikstudien Forschung Beratung.

Conseil fédéral suisse. (1991). *Message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991,* FF 1992 I 77.

Diekmann, A. (2023). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen* (18e éd., entièrement révisée et complétée). Rowohlt.

Döring, N. (2023). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (6e éd. entièrement révisée, actualisée et complétée). Springer.

Fässler, S. & Studer, S. (2019). *Évaluation des effets des interventions. Guide pour des projets dans les domaines de l'activité physique, de l'alimentation et de la santé psychique.* Document de travail 46. Promotion Santé Suisse. https://promotionsante.ch/node/465

Finne, E. & Paul, H. (2025). Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung. Dans Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (Éd.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.* https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-i012-3.0

Kaufmann, C., Brandt, S. K., Gut, V., Nicolet, A., Marti, J. & Senn, N. (2021) *Analyse der (hybriden) Finanzierungslage von präventiven Angeboten in der Gesundheitsversorgung (PGV). Bericht zuhanden der Sektion PGV, Bundesamt für Gesundheit.* Interface Politikstudien Forschung Beratung.

König, H. (2022). Ökonomische Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention. Dans Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Éd.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.* https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i048-2.0

Laubereau, B., Föhn, Z., Gubser, J., Hertig, V. & Balthasar, A. (2023). *Évaluation globale du soutien de projets Prévention dans le domaine des soins (PDS) par Promotion Santé Suisse pour les années 2017 à 2023. Rapport final à l'intention de Promotion Santé Suisse.* Interface Politikstudien Forschung Beratung.

Marti, J., Mattli, R., Nicolet, A. & Wieser, S. (2022). The value of prevention: a health economics perspective. Dans Promotion Santé Suisse (Éd.), *Prävention von chronischen Krankheiten* (pp. 151-167). Hogrefe.

OFSP. (2021). Prévention dans le domaine des soins (PDS). *Approche et activités.* Office fédéral de la santé publique.

OFSP. (2022). *Opérationnalisation des critères Efficacité, Adéquation et Économicité au sens de l'art. 32 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).* Office fédéral de la santé publique.

Promotion Santé Suisse. (2024). *Stratégie 2025-2028.* Promotion Santé Suisse. https://promotionsante.ch/node/9122

Schneider, J., Trémeaud, R., Widmer Howald, F., Lörvall, K., Raso, G., Annaheim, B. & della Valle, M. (2021). *Concept pour le soutien de projets Prévention dans le domaine des soins (PDS) 2021-2024.* Promotion Santé Suisse.

Schöffski, O. & Graf von der Schulenburg, J. M. (Éd.) (2012). *Gesundheitsökonomische Evaluationen* (4e éd.). Springer.

Schug, L., Federspiel, B. & Brügger, U. (2006). *Synthesebericht: Ökonomische Evaluation in den Kernthemen. Gesundes Körpergewicht, Psychische Gesundheit – Stress, Gesundheitsförderung und Prävention stärken.* Promotion Santé Suisse.

SSMIG. (2024). *EAE – Efficacité, adéquation et caractère économique. Société Suisse de Médecine Interne Générale.* Consulté le 26.11.2025, sur https://www.sgaim.ch/fr/themes/swissdrg-blog/07-eae-efficacite-adequation-et-caractere-economique

Widmer Howald, F., Raso, G. & Annaheim, B. (2024). *Contrôle de qualité - critères de qualité et indicateurs associés pour les projets de prévention dans le domaine des soins (PDS).* Promotion Santé Suisse. https://promotionsante.ch/node/8817

Widmer, T. & Brunold, H. (2017). *Glossaire de l'évaluation de l'OFSP.* Office fédéral de la santé publique.

Zeyen, P. & Egger, T. (2024). *Évaluation de la stratégie Promotion Santé Suisse pour les années 2019-2024.* Sur mandat de Promotion Santé Suisse. Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS.

Annexe

A-1 Tableau des indicateurs relatifs aux critères EAE dans la PDS

Catégorie	Indicateur
Efficacité – multiplicateur-trice-s[17]	
Recours à la mesure et/ou participation à sa mise en œuvre (portée)	**Paramètre 1 :** nombre et proportion des multiplicateur-trice-s (interrogé-e-s) qui connaissent la mesure ou participent à sa mise en œuvre, par rapport au nombre total de multiplicateur-trice-s potentiel-le-s
Acquisition de connaissances	**Paramètre 2 :** nombre et proportion des multiplicateur-trice-s (interrogé-e-s) qui (a) déclarent avoir acquis de nouvelles connaissances grâce à la mesure et/ou chez lesquel-le-s (b) on peut mesurer une augmentation des connaissances
Changement de l'attitude et/ou de la motivation	**Paramètre 3 :** nombre et proportion des multiplicateur-trice-s (interrogé-e-s) qui (a) déclarent avoir perçu une modification dans leur attitude ou leur motivation grâce à la mesure et/ou chez lesquel-le-s (b) un changement d'attitude ou de motivation peut être mesuré
Amélioration des compétences pratiques	**Paramètre 4 :** nombre et proportion des multiplicateur-trice-s (interrogé-e-s) qui (a) déclarent se sentir capables, grâce à la mesure, de modifier leur comportement / leurs actions, et/ou chez lesquel-le-s (b) on mesure une augmentation des compétences pratiques
Changement comportemental	**Paramètre 5 :** nombre et proportion des multiplicateur-trice-s (interrogé-e-s) qui (a) déclarent avoir modifié leur comportement ou leurs actions grâce à la mesure, et/ou chez lesquel-le-s (b) on peut mesurer ou observer un changement de comportement ou d'action
Améliorations découlant de la thématique du projet	**Paramètre 6 :** nombre et proportion des multiplicateur-trice-s (interrogé-e-s) qui (a) font état, grâce à la mesure, d'améliorations spécifiques imputables au projet et/ou chez lesquel-le-s (b) des améliorations correspondantes peuvent être mesurées
Efficacité – patient-e-s[18]	
Portée de la mesure	**Paramètre 1 :** nombre et proportion de patient-e-s recourant effectivement à la mesure, par rapport au nombre potentiel d'utilisateur-trice-s
Satisfaction	**Paramètre 2 :** nombre et proportion de patient-e-s se déclarant satisfait-e-s de la mesure
Objectifs du soutien de projets PDS : promotion des compétences d'auto-gestion, de l'auto-efficacité, de l'autonomie et/ou de la qualité de vie	**Paramètre 3 :** nombre et proportion de patient-e-s qui (a) font état d'une amélioration de leurs compétences d'autogestion, de leur auto-efficacité, de leur autonomie et/ou de leur qualité de vie grâce à la mesure et/ou chez qui (b) les améliorations correspondantes peuvent être mesurées
Réduction des besoins en traitement	**Paramètre 4 :** nombre et proportion de patient-e-s qui (a) font état d'une réduction des besoins en traitement grâce à la mesure et/ou chez qui (b) une telle réduction peut être mesurée
Amélioration de la prise en charge / du traitement	**Paramètre 5 :** nombre et proportion de patient-e-s qui (a) déclarent avoir bénéficié d'une amélioration de la prise en charge grâce à la mesure et/ou chez qui (b) une telle amélioration peut être mesurée
Améliorations découlant de la thématique du projet	**Paramètre 6 :** nombre et proportion de patient-e-s qui (a) font état d'améliorations spécifiques au projet grâce à la mesure et/ou chez qui (b) des améliorations correspondantes peuvent être mesurées

Catégorie	Indicateur
Efficacité – applications numériques[19]	
Utilisation de l'application numérique (portée)	**Paramètre 1 :** nombre d'inscriptions effectives par rapport au nombre potentiel d'inscriptions et/ou à des applications similaires
	Paramètre 2 : nombre d'utilisateur-trice-s par mois/trimestre/année par rapport au nombre potentiel d'utilisateur-trice-s et/ou à des applications similaires
	Paramètre 3 : nombre de fonctionnalités utilisées, de visites sur le site, de téléchargements, etc., par rapport au nombre potentiel de visites et/ou à des applications similaires
Satisfaction à l'égard des fonctionnalités de l'application	**Paramètre 4 :** nombre et proportion d'utilisateur-trice-s satisfait-e-s des fonctionnalités de l'application
Autres effets spécifiques au projeta	**Paramètre 5 :** nombre et proportion d'utilisateur-trice-s faisant état d'un effet spécifique au projet attribuable à l'application numérique
Adéquation	
Approche du projet	**Indication 1 :** le choix des bénéficiaires finaux-ales (groupes cibles), des multiplicateur-trice-s, des mesures et des settings est adapté pour atteindre les objectifs du soutien de projets PDS.
	Indication 2 : le besoin d'intervention auprès des bénéficiaires finaux-ales (groupes cibles) est motivé de manière plausible et, le cas échéant, étayé par des données.
Mesures	**Indication 3 :** les mesures (prévues) sont de nature à permettre d'atteindre les effets visés par le projet (adéquation théorique).
	Indication 4 : l'adéquation des mesures (mises en œuvre) est démontrée avec un haut degré de plausibilité (adéquation empirique fondée sur la mesure de l'impact dans le cadre de l'évaluation).
Organisation du projet	**Indication 5 :** le projet présente une structure adéquate et compréhensible pour l'ensemble des acteur-trice-s, avec des rôles et des responsabilités clairement définis.
	Indication 6 : il existe une direction de projet, dotée des compétences nécessaires et disponible pendant toute la durée du projet.

17 Les multiplicateur-trice-s sont généralement des professionnel-le-s, y compris des partenaires du projet. Dans certains projets, des bénévoles peuvent également faire partie des multiplicateur-trice-s.

18 Le groupe cible des patient-e-s comprend également les personnes présentant un risque accru de maladies non transmissibles, de problèmes de dépendance ou de troubles psychiques ainsi que les personnes ayant besoin de soins. Dans certains projets, les proches font également partie de ce groupe.

19 Une application numérique peut désigner une application mobile, une plateforme de données ou tout autre outil similaire développé dans le cadre du projet et utilisé par les multiplicateur-trice-s ou les patient-e-s.

Catégorie	Indicateur
Économicité[20]	
Utilisation des moyens alloués au projet	**Indication 1 :** les dépenses/coûts de la mesure (de l'offre / du traitement), subdivisés par catégories de coûts (infrastructure, personnel, etc.) et, le cas échéant, par sources de financement (fonds propres, contributions des partenaires du projet ou de tier-ce-s, etc.), sont documentés de manière transparente.
Rapport input-output / portée	**Indication 2 :** les coûts par produit généré par les mesures se situent dans un cadre compréhensible et raisonnable (normatif, basé sur l'analyse des alternatives ou la littérature scientifique).
	Indication 3 : les coûts par personne cible atteinte (multiplicateur-trice-s, patient-e-s) se situent dans un cadre compréhensible et raisonnable (normatif, basé sur l'analyse des alternatives ou la littérature).
Économicité des coûts du projet par rapport aux bénéfices obtenus	**Indication 4 :** les bénéfices ou éléments de bénéfice des mesures sont relevés et présentés sous une forme appropriée (bénéfices matériels/monétisables et/ou immatériels/non monétisables).
	Indication 5 : la comparaison systématique et la pondération subjective des coûts des mesures et des bénéfices de la mesure relevés sous forme qualitative/descriptive aboutissent à un rapport favorable par rapport aux alternatives (si existantes). Les surcoûts de la mesure (de l'offre / du traitement) sont compensés par un bénéfice supplémentaire correspondant. (CCA)
	Paramètre 1 : la comparaison entre les coûts des mesures et les paramètres de bénéfice quantitatifs non monétaires spécifiques au projet (p. ex. pour chaque admission aux urgences évitée, pour chaque mmHg de réduction de la pression artérielle) fait apparaître un rapport favorable par rapport aux alternatives (si existantes). (CEA)
	Paramètre 2 : la comparaison entre les coûts des mesures et les paramètres de bénéfice quantitatifs non monétaires spécifiques au projet (p. ex. par nombre d'années de vie en bonne santé gagnées, QALY) fait apparaître un rapport favorable par rapport aux alternatives (si existantes). (CUA)
	Paramètre 3 : la comparaison entre les coûts de la mesure et les bénéfices monétisés générés par celle-ci révèle un rapport favorable (bilan coûts-bénéfices positif, bénéfice net), dans l'absolu et/ou par rapport aux alternatives (si existantes). (CBA)

20 Les indications 1 et 4 de la catégorie « Économicité » constituent des conditions préalables indispensables à la détermination de l'indication 5 et des paramètres 1 à 3.

Wankdorfallee 5, CH-3014 Berne
Tél. +41 31 350 04 04
office.bern@promotionsante.ch

Avenue de la Gare 52, CH-1003 Lausanne
Tél. +41 21 345 15 15
office.lausanne@promotionsante.ch

www.gesundheitsfoerderung.ch
www.promotionsante.ch
www.promozionesalute.ch

04.0645.FR 07.2026