

Diagnostiquer la maturité des soins intégrés de trois prestataires de soins pour améliorer leur performance : l'expérience SCIROCCO-POL

Mathy Caryn¹, Bosisio Francesca¹, Campisi David¹, Majo Jocelyne¹, Peytremann-Bridevaux Isabelle², Wampler Audrey¹

¹ Haute école d'ingénierie et de gestion du canton de Vaud, HES-SO Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale, avenue des sports 20, 1401 Yverdon-les-Bains, Suisse, tel : +41 24 557 73 76, caryn.mathy@heig-ud.ch

² Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté), Rue du Bugnon 44, 1011 Lausanne, Suisse ; Tel : +41 21 314 60 60

Remerciements

Nous présentons nos plus sincères et chaleureux remerciements aux Directions des Pôles Santé Vaudois qui ont mis en œuvre le projet illustré ici. Ils ont nourri les réflexions relatées dans ce travail grâce aux très nombreux échanges qu'ils nous ont permis d'avoir avec eux et leurs équipes. Nos remerciements vont également à Tania Carron, membre de l'équipe des chercheurs, qui a participé à une partie du processus décrit dans cet article.

Financement

Le projet de recherche présenté ici est financé par le fond de recherche Innosuisse.

Résumé (français)

Contexte : La matrice de maturité de l'intégration des soins Scaling Integrated Care in Context (SCIROCCO) a été utilisée dans plusieurs pays. Une adaptation (SCIROCCO-POL) a été développée pour trois prestataires de soins, appelés Pôles Santé, dans le Canton de Vaud (Suisse) afin d'établir un diagnostic de maturité pour chacun d'eux.

Objectif : L'article présente la méthodologie déployée pour cette évaluation et le type de résultats obtenus.

Méthodologie : Six chercheurs ont conduit le processus d'évaluation des trois Pôles. Celui-ci a impliqué environ 65 personnes, internes et externes aux Pôles, avec des niveaux de responsabilité différents. Le diagnostic de chaque Pôle a d'abord été défini individuellement puis par groupe dans le cadre de réunions de consensus. Des outils traditionnels de management ont ensuite été utilisés pour structurer une feuille de route et des plans d'actions.

Résultat : La démarche a abouti, pour chaque Pôle, à un diagnostic consensuel sur les 12 dimensions de la matrice SCIROCCO-POL. Les arguments ayant permis d'atteindre un consensus sont à la base des stratégies d'amélioration matérialisées par les feuilles de route et les plans d'actions.

Conclusion : La matrice et la démarche utilisées présentent de l'intérêt en raison de leur caractère pratique et collaboratif.

Mots clés : Management stratégique ; Soins intégrés ; Evaluation ; Matrice de maturité ; Prestataires de soins

Résumé (italien) :

Contesto: La matrice di maturità Scaling Integrated Care in Context (SCIROCCO) è stata utilizzata in diversi Paesi. Un'adattazione di quest'ultima (SCIROCCO-POL) è stata sviluppata per esaminare la maturità di integrazione delle cure di per tre fornitori di prestazioni, chiamati Pôles Santé, in canton Vaud (Svizzera).

Obiettivo: questo articolo presenta la metodologia utilizzata per valutare il livello di maturità dell'integrazione delle cure grazie a SCIROCCO-POL in ogni Pôle Santé e il tipo di risultati ottenuti.

Metodologia: sei ricercatori hanno condotto il processo di valutazione per i tre Pôles, in cui sono state coinvolte quasi 75 persone, interne ed esterne ai Pôles e con diversi livelli di responsabilità. La diagnosi di ogni Pôle è stata definita dapprima individualmente poi per gruppi durante delle riunioni di consenso. Degli strumenti di gestione tradizionali sono stati utilizzati per strutturare una strategia e dei piani d'azione.

Risultato: in ogni Pôle questo approccio ha permesso una diagnosi consensuale delle 12 dimensioni della matrice SCIROCCO-POL. Gli argomenti che hanno sottointeso questa diagnosi hanno a loro volta permesso di definire delle strategie di miglioramento.

Conclusioni: sia la matrice di maturità che la metodologia utilizzata sono interessanti per la loro natura pratica e collaborativa.

Parole chiave: Gestione strategica, Cure integrate; Valutazione; Matrice di maturità; Fornitori di prestazioni sanitarie.

1 Contexte

Malgré le niveau très élevé des dépenses de santé de la Suisse (11,8% du PIB en 2021 [OCDE/Union européenne, 2022]), la performance du système de santé pose question dans la mesure où son rapport coût-efficacité n'est pas meilleur que celui de beaucoup d'autres pays [OCDE et OMS, 2011; OCDE, 2010] et de nombreuses améliorations sont possibles [OCDE, 2023]. Ainsi, de plus en plus de personnes renoncent aux soins en raison de leur coût [de Mestral *et al.*, 2022] ou ne parviennent plus à payer leur prime d'assurance maladie suite aux augmentations répétées, dont +6.6% en 2023 et +8.7% en 2024 [DFI-OFSP, 2022, 2023]. Les indicateurs de santé de la population sont globalement bons mais la performance est moindre si on intègre des indicateurs tels que l'accès aux soins, leur qualité, la capacité du système à répondre aux attentes des patients, l'équité de financement ou encore la durabilité du système [Paris, 2012]. Les études soulignent notamment des actes redondants ou, inversement, manquants, des incohérences ou des ruptures dans la continuité des parcours de soins, le manque d'adaptation aux besoins des patients, une reconnaissance insuffisante de leurs souhaits ainsi qu'une faible part accordée à la prévention [OFSP, 2019; Vincent et Staines, 2019].

Parmi les pistes d'amélioration imaginées, le renforcement de la coordination ou de l'intégration des soins est récurrent [Berchtold *et al.*, 2019; OFSP, 2019], conformément à la recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui souligne que « la mise au point de systèmes plus intégrés, davantage centrés sur la personne, pourrait présenter des avantages significatifs pour la santé et les soins de santé de chacun, notamment un meilleur accès aux soins, de meilleurs résultats sanitaires et cliniques, de meilleures connaissances sur la santé et de meilleurs soins autoadministrés, une plus grande satisfaction des patients concernant les soins reçus, davantage de satisfaction professionnelle des agents de santé, une meilleure efficacité des services ainsi qu'une réduction globale des coûts » [OMS, 2016, p. 2].

Malgré ces arguments, la mise en œuvre des soins intégrés reste très limitée en Suisse, notamment en raison de prérogatives fragmentées de gestion et de pilotage du système de santé entre la Confédération, d'un côté, et les 26 cantons qui constituent la Suisse, de l'autre [Monod *et al.*, 2024]. Le Canton de Vaud a néanmoins créé, entre 2015 et 2018, trois « Pôles Santé »¹ (dénommés Pôles, dans la suite de cet article) pour développer des soins intégrés. Distincts des Réseaux de santé, qui sont pour leur part en charge d'améliorer la coordination des trajectoires de soins entre les différents prestataires de soins du territoire, les Pôles sont des prestataires de soins en tant que tels, qui intègrent au sein de leurs entités juridiques respectives des activités multiples : activité ambulatoire et/ou hospitalière, hébergement médico-social en court, moyen et long séjour, consultations de médecine générale et spécialiste, soins à domicile, etc. Ces Pôles collaborent, par ailleurs, avec d'autres prestataires de soins lorsque leurs activités ne permettent pas de répondre aux besoins de leur patients.

Ces nouvelles structures, situées en zone montagneuse, restent modestes et fragiles. Leur raison d'être et leurs performances sont en effet régulièrement questionnées par les autorités de santé en raison de la portée géographique limitée de leurs activités, la difficulté à mesurer leurs résultats et les tensions budgétaires auxquelles ces entités sont confrontées de façon variable suivant le Pôle. Ces questions récurrentes obèrent leur capacité à se développer, voire à se pérenniser. Dans ce contexte, les Pôles ont souhaité travailler avec des chercheurs pour identifier un moyen d'évaluer leur performance et de le mettre en œuvre. En effet la démonstration de la performance en matière de soins intégrés reste complexe et discutable pour de multiples raisons [Hughes *et al.*, 2020; Grooten *et al.*, 2018; Bautista *et al.*, 2016; Nuño Solinís et Stein, 2016; World Health Organization, 2014], mais une piste alternative a été explorée : utiliser une matrice de maturité des soins intégrés.

¹ Il s'agit du Pôle Santé Pays d'Enhaut (PSPE), du Pôle Santé Vallée de Joux (PSVJ) et du Réseau Santé Balcon du Jura (RSBJ) qui, malgré son nom, est un Pôle Santé.

Les matrices de maturité sont utilisées pour le développement et/ou l'amélioration progressive et systématique des compétences, des processus, des structures ou des conditions générales de gestion d'une organisation. Initialement développées pour l'ingénierie logicielle, ces matrices sont aujourd'hui utilisées dans de nombreux domaines d'activité [Wendler, 2012; McBride, 2010]. Le concept est aussi bien utilisé pour mesurer l'expérience et le progrès relatifs d'une organisation, que comme indicateur de sa performance potentielle : "Generally, maturity is seen as desirable and indicative of better organisational performance through better process performance" [McBride, 2010, p. 243]. Des exemples existent dans le secteur de la santé, comme la matrice de maturité en soins primaire [HAS, 2012], celle du travail en équipe de professionnels de la santé intégrant le patient [HAS, 2018] ou encore celle de la fonction « achat » à l'hôpital [DGOS, 2016]. Suivant la même logique, une matrice de maturité, dénommée « Scaling Integrated Care in Context » (SCIROCCO), a été développée par un groupe de travail de la Commission Européenne [Whitehouse *et al.*, 2019] afin de mesurer la performance des soins intégrés de manière indirecte [Grooten *et al.*, 2018]. SCIROCCO a été utilisé dans une douzaine de pays ou régions de santé, parmi lesquels la Suisse [Peytremann-Bridevaux *et al.*, 2021]. L'outil, qui se présente sous la forme d'un questionnaire d'évaluation de 12 dimensions clés des soins intégrés, est traduit dans une dizaine de langues, dont le français (<https://www.sciroccoexchange.com/maturity-model>).

2 Objectifs

L'outil SCIROCCO, destiné à évaluer l'intégration des soins d'un système de santé au niveau macro, ne permet toutefois pas d'identifier la maturité de l'intégration des soins d'un prestataire des soins, tels les Pôles. En effet, si le sujet est toujours celui de la maturité de l'intégration des soins, la question ne se pose pas dans les mêmes termes pour un régulateur national, par exemple, et pour un prestataire de soins tel un Pôle, par exemple, puisque les prérogatives, moyens et capacités à déployer et à piloter cette intégration sont différentes. Pour cette raison, il est apparu pertinent de développer une variante de SCIROCCO : SCIROCCO-POL qui vise à analyser le niveau de maturité de l'intégration des soins réalisée par un prestataire de soins (ici un Pôle) [Mathy *et al.*, 2023]. Pour ce faire, les 12 dimensions de la matrice d'origine ont été conservées mais contextualisées pour s'adapter aux missions et actions d'un prestataire de soins. L'échelle utilisée pour l'évaluation de la maturité a, quant à elle, été standardisée pour toutes les dimensions tout en restant répartie sur six niveaux : de 0 (minimum) à 5 (maximum).

L'objectif du projet SCIROCCO-POL était, en plus, d'accompagner les trois Pôles dans un diagnostic de leurs degrés de maturité en matière d'intégration des soins, de voir s'ils pouvaient se saisir de ce résultat pour mieux piloter, voire développer l'intégration des soins. Le projet, qui a impliqué deux équipes de recherche et les trois Pôles, a été financé par Innosuisse (<https://www.aramis.admin.ch/Grunddaten/?ProjectID=51080>). Il a duré 20 mois (de septembre 2022 à avril 2024). L'objectif de cet article est de présenter la méthodologie utilisée pour le déploiement de SCIROCCO-POL dans les trois Pôles et le type des résultats obtenus.

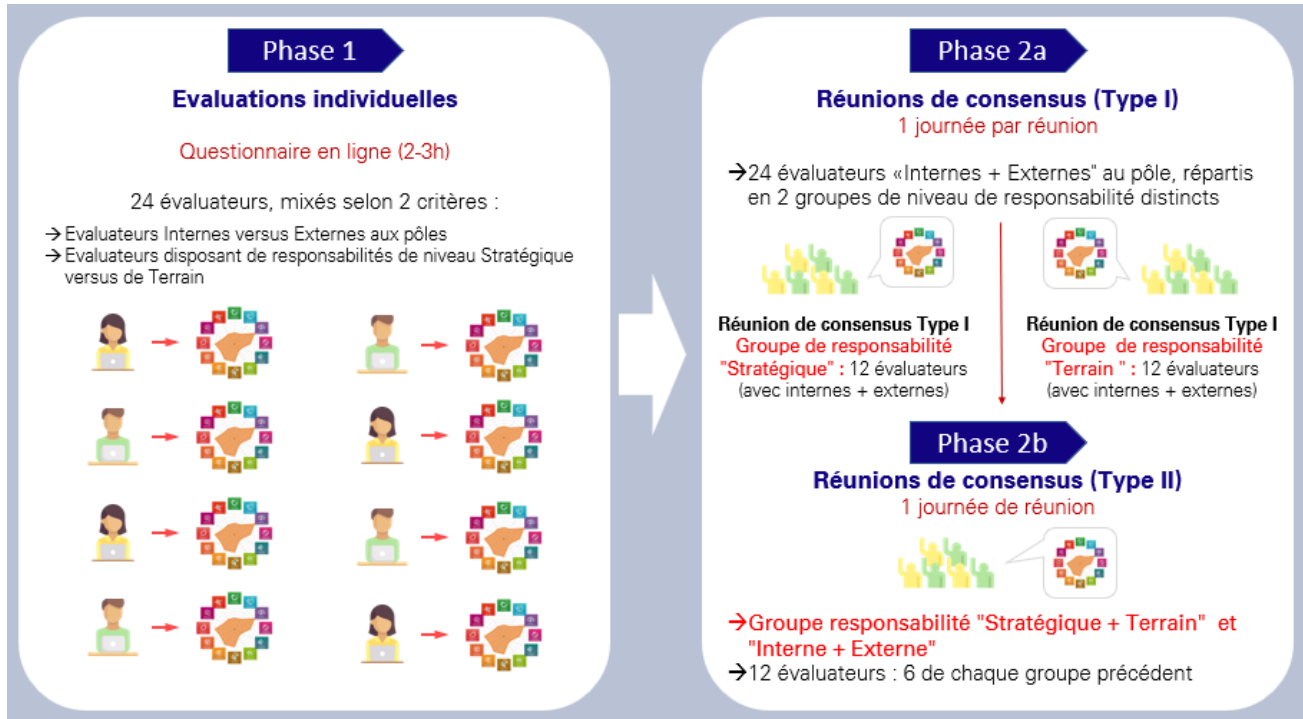
3 Méthode

3.1 Processus d'évaluation participative

Dans la méthodologie SCIROCCO, le diagnostic est réalisé en deux phases par un groupe d'une douzaine d'experts du système de santé évalué : dans la première phase chaque expert réalise son évaluation individuelle ; dans la deuxième, un consensus entre tous les experts est visé. Pour tenir compte du contexte spécifique d'un prestataire de type Pôle, la méthodologie a été adaptée. Elle a impliqué, dans la phase 1, de recruter le double des évaluateurs afin de diversifier les profils et niveaux de responsabilité. Dans la phase 2, les évaluateurs ont été répartis en deux groupes, composés de personnes ayant un niveau de responsabilité similaire. Le consensus

a été obtenu d'abord dans chaque groupe d'évaluateurs (Phase 2a), puis par des représentants de ces deux groupes (Phase 2b) (voir Figure 1). La subdivision dans la phase 2a a permis de limiter les asymétries de pouvoir ou de savoirs entre participants et de garantir que la démarche reste participative malgré le nombre de personnes.

Figure 1: Focus sur les phases d'évaluation et la démarche SCIROCCO-POL



Phase 1 : Evaluations individuelles. La première phase a consisté à créer une cohorte d'évaluateurs. Considérant le contexte, les chercheurs ont décidé d'élargir le processus participatif en intégrant davantage de personnes et en diversifiant le recrutement selon plusieurs critères. En effet, dans la mesure où les soins intégrés impliquent par nature, d'une part, une forte composante multidisciplinaire et interdisciplinaire et que, d'autre part, ils nécessitent de collaborer avec des citoyens, des patients et des proches aidants ainsi qu'avec d'autres prestataires de santé, il est apparu essentiel de ne pas restreindre la démarche d'évaluation aux seuls membres des Comités de direction des trois Pôles, par exemple. Ainsi, dans le cadre de SCIROCCO-POL, environ 24 personnes par Pôle ont été recrutées, en intégrant des professionnels de santé, des fonctions de support ou des directions internes à l'institution et des personnes externes, dont des citoyens, patients et proches aidants, des élus communaux ou encore des représentants des autorités de santé ou des prestataires de soins partenaires. Pour les mêmes raisons, il est apparu important d'assurer une certaine hétérogénéité en termes d'expériences personnelles ou professionnelles et en termes de niveaux de responsabilité (« Stratégique » versus « Cadres intermédiaires / de terrain » pour les professionnels). Les évaluateurs ont également été recrutés de manière à apporter un regard critique et pertinent sur les actions du Pôle, c'est-à-dire qu'ils devaient disposer d'une expérience directe et en lien avec les 12 dimensions de l'outil et le Pôle.

A l'issue du recrutement, les évaluateurs ont été conviés à une séance d'information/formation permettant de présenter le projet (objectifs, phases, confidentialité), l'outil SCIROCCO-POL et son utilisation en ligne ainsi que leur rôle et les conditions de leur participation. Ensuite, conformément à la procédure SCIROCCO, les évaluateurs ont réalisé une évaluation individuelle. Ils ont dû obligatoirement évaluer les 12 dimensions de la matrice. Certains d'entre eux étant inquiets quant à leur capacité à évaluer certaines dimensions, les chercheurs ont introduit une

échelle permettant à chaque évaluateur d'auto-évaluer son niveau de connaissances ou d'expérience dans chaque dimension selon quatre alternatives : pas de connaissances ou d'expériences ; peu de connaissances ou d'expériences ; certaines connaissances ou expériences, beaucoup de connaissance ou d'expériences. Il était également demandé aux évaluateurs de documenter, dimension par dimension, les éléments factuels qui les conduisaient à octroyer une note plutôt qu'une autre. Les évaluations individuelles ont été colligées, par dimension, en intégrant les notes octroyées et les éléments explicatifs, puis anonymisés avant la phase suivante.

Phase 2a : Diagnostic consensuel entre évaluateurs du même groupe (réunion de consensus de type I).

Considérant les différences de profils des évaluateurs (affiliation et niveau de responsabilité), la méthodologie de SCIROCCO a été adaptée afin d'organiser deux réunions de consensus distinctes et créer ainsi les conditions pour une expression libre. Les critères de constitution des groupes dans ce contexte étaient 1) mélanger des personnes internes et externes et 2) rassembler les personnes selon des niveaux de responsabilité équivalents. L'objectif était de minimiser l'entre-soi et les conséquences d'asymétrie de savoirs et de pouvoir. Chacun des deux groupes a ainsi réalisé séparément une évaluation consensuelle (dite réunion de consensus de type I). La réunion était menée par un binôme de chercheurs, l'un ayant le rôle d'animateur, l'autre d'annoter les arguments avancés pour expliquer le niveau de maturité attribué par les évaluateurs. Les chercheurs ont également été garants de la bonne interprétation des dimensions et de l'échelle lorsque nécessaire. Chaque réunion de type I a duré une journée durant laquelle chaque dimension a été discutée afin d'identifier une note consensuelle. Les évaluateurs se sont appuyés sur les éléments qu'ils avaient noté individuellement mais le consensus a été dégagé au cours des échanges et confrontations de leurs points de vue respectifs. A l'issue des deux réunions de consensus de type I réalisées pour chaque Pôle, les chercheurs ont rédigé un document de synthèse comportant la note attribuée à chaque dimension et les arguments explicatifs de la note retenue.

Phase 2b : Diagnostic consensuel entre évaluateurs des deux groupes (réunion de consensus de type II).

La réunion de consensus de type a rassemblé des représentants de chacun des deux groupes. La sélection reflétait toujours la volonté de mixer des profils différents en termes de responsabilités et d'affiliations mais s'est surtout basée sur le volontariat et la disponibilité. Comme précédemment, l'objectif de la réunion était d'obtenir un consensus sur le niveau de maturité pour chaque dimension et de mettre en évidence les arguments expliquant cette évaluation. Dans ce contexte, les représentants de chaque groupe ont agi comme des porte-paroles. Pour les soutenir, les chercheurs avaient préalablement construit un document de synthèse comprenant les notes attribuées par chaque groupe et les arguments explicatifs de ces notations. Comme précédemment, la réunion a duré une journée et a été conduite de la même manière.

3.2 Processus d'exploitation des résultats

Partage du diagnostic avec les Pôles. Le diagnostic établi pour chaque Pôle a fait l'objet d'un document de synthèse rédigé par les chercheurs, mentionnant le niveau de maturité estimé par les participants avec les éléments explicatifs de la note finale retenue pour chacune des 12 dimensions de SCIROCCO-POL. Ce document a été transmis aux Comités de Direction de chaque Pôle, à qui les chercheurs ont demandé une relecture pour éliminer les éventuelles erreurs (mauvaises appellations de projets internes, dates ou références inexacts, etc). Enfin, un échange a été organisé entre chaque Comité de Direction et le binôme de chercheurs de chaque Pôle afin de clarifier des points d'incompréhension et de discuter ce document.

Une réunion d'échange entre les trois Directions des Pôles et l'ensemble des chercheurs a également été organisée pour partager les éléments communs et divergents concernant les diagnostics et la démarche dans son ensemble.

Elaboration d'une feuille de route par Pôle. Sur la base du diagnostic, le Comité de Direction de chaque Pôle s'est engagé dans un processus de réflexion pour déterminer quels devaient être les développements stratégiques concernant chaque dimension de SCIROCCO-POL. Les chercheurs les ont invités à définir le niveau de maturité ciblé par le Pôle, à un horizon de trois ans et dans la perspective d'une prochaine évaluation SCIROCCO-POL, par exemple. Ainsi, pour chaque dimension, le Comité de Direction a retenu une des trois alternatives proposées : amélioration, consolidation, péjoration de la situation. Le résultat de ce choix devait être validé par les instances décisionnelles de chaque Pôle.

Elaboration des plans d'actions par Pôle. Les chercheurs ont ensuite accompagné les Pôles dans l'élaboration de plans d'action, pour chaque dimension, pour spécifier les actions et projets qu'ils pensaient développer pour aboutir au résultat visé. Pour ce faire, ils leur ont fourni un modèle de document de gestion de projet à remplir afin que les points clés soient précisés : objectifs, durée du projet, date de début et de fin, chef de projet, personnes ressources, financements et autres ressources nécessaires, livrables, indicateurs de résultat, etc.

4 Résultats

La mise en œuvre de l'évaluation a abouti à des résultats et observations intéressants à de nombreux égards.

4.1 Un processus participatif impactant mais globalement bénéfique

Concernant le processus d'évaluations participatives, plusieurs points méritent d'être soulignés. Le premier concerne le nombre d'évaluateurs impliqués. Globalement, ce sont finalement 64 personnes qui ont participé à tout ou partie du processus mais leur nombre a été variable selon le Pôle (de 14 à 27 personnes). Cela s'explique par le choix des Pôles mais également par la difficulté à mobiliser des personnes externes dans certains cas, sachant qu'aucune rémunération ou défraiement n'était prévu pour elles. En outre, le temps nécessaire à l'ensemble du processus d'évaluation a été conséquent car, de manière cumulée, les évaluateurs ont consacré de 13 à 21 heures selon qu'ils ont ou non participé aussi à la Phase 2b.

Par ailleurs, certains évaluateurs disposaient de connaissances restreintes sur les actions du Pôle et notamment les patients, les proches aidants et certains professionnels ou dirigeants externes. Cette situation questionne la pertinence d'impliquer ce type d'évaluateurs dans les séances de consensus. Il pourrait être plus approprié d'envisager de les intégrer soit sur une partie limitée des dimensions (par exemple celle de « l'empowerment » pour les patients ou proches aidants), soit de recueillir leur point de vue par un autre moyen, via des entretiens individuels par exemple. Le risque serait toutefois que leurs évaluations soient minimisées par le reste des évaluateurs lors des réunions de consensus.

Concernant la répartition des évaluateurs en deux groupes distincts, notamment en fonction de leur niveau de responsabilité, les chercheurs ont jugé cette stratégie pertinente car le risque de prise de pouvoir n'a pas été observé au cours des réunions de type I (Phase 2a). Il a par ailleurs été contenu lors de la phase 2b grâce à l'attention portée à une bonne distribution de la parole et au rôle de porte-parole attribué aux participants, qui ne s'exprimaient donc pas en leur nom propre.

Malgré les limites mentionnées, tous les évaluateurs ont fait part de l'intérêt qu'ils avaient eu à participer à ce processus d'évaluation et aux échanges. Ceux-ci leur ont permis de prendre du recul par rapport à leur analyse individuelle initiale, d'identifier que leurs perceptions n'étaient pas toujours partagées, d'une part, en raison de leur méconnaissance d'éléments connus par d'autres et, d'autre part, de leurs expériences respectives. Globalement, ils ont rapporté avoir eu une expérience positive, voire très positive. Les Pôles ont, quant à eux, identifié l'intérêt d'avoir recours aux compétences et à la neutralité des chercheurs, l'estimant bénéfique au bon

déroulement et à l'aboutissement du processus. Celui-ci leur est cependant apparu relativement lourd en termes de ressources mobilisées, malgré un résultat jugé intéressant et riche.

4.2 Un diagnostic qui dépasse la notation

Le diagnostic de maturité de l'intégration des soins de chaque Pôle leur paraît globalement représentatif de leur situation. Les résultats (et notamment les notes) de chacun d'eux sont différents, globalement et par dimension. Les diagnostics dépendent évidemment de nombreuses variables telles que l'historique de la création du Pôle, le type de patients pris en charge et les caractéristiques de la population du territoire, l'offre de soins externes aux Pôles, leurs activités respectives ainsi que des choix organisationnels internes et de gouvernance. Compte tenu de cette hétérogénéité, il ne paraît donc pas pertinent de comparer leurs diagnostics respectifs. En revanche, les Comités de Direction perçoivent bien l'intérêt de renouveler le processus d'évaluation dans le temps afin de réaliser un suivi longitudinal et observer leur évolution globale et par dimension.

Par ailleurs, plus que les notes de chaque dimension, et en plus de générer un dialogue constructif, les Comités de Direction ainsi que les chercheurs s'accordent à dire que l'intérêt majeur des diagnostics est d'avoir permis d'identifier les arguments qui justifient la note. En effet, les discussions concernant le choix d'un niveau ont souvent été faites par opposition à celui du dessus ou du dessous. Cela les a obligés à s'appuyer sur de nombreux éléments factuels, commenter des projets et activités réalisés dans le Pôle, parfois méconnus de certains.

4.3 Une feuille de route et des plans d'actions détaillés pour se projeter et piloter l'avenir

Les éléments factuels, déterminant la note de chaque dimension, ont joué un rôle clé dans la définition d'une feuille de route et des plans d'action. Grâce à eux, les Comités de Directions ont pu identifier les dimensions à traiter en priorité et les actions à entreprendre pour aboutir à la note visée de chacune d'elles. Bien entendu, le processus a exigé un temps de réflexion non négligeable pour les Pôles. Ainsi, la définition de leur feuille de route respective leur a pris trois à quatre mois. Ceux-ci ont été consacrés à 1) une prise de connaissance des éléments constitutifs du diagnostic, 2) des échanges en interne et avec le binôme de chercheurs, 3) des propositions auprès des instances de gouvernance pour une validation finale. La tâche a également nécessité que leurs projections soient cohérentes avec certains projets stratégiques préexistants.

Si la tentation première des Pôles a été d'imaginer que toutes les dimensions pouvaient être améliorées, les arguments sous-jacents au diagnostic leur ont permis de réaliser que certaines améliorations envisagées ne pourraient que « consolider » leur situation et non pas de l'« améliorer ». En effet, le passage d'un niveau de maturité à un autre (par exemple de 3 à 4) ne repose pas que sur une seule action ou un seul projet. Les Pôles ont aussi pris conscience du fait que des stratégies de croissance externe (comme par exemple l'absorption par fusion d'une entité réalisant des soins à domicile) pourraient conduire à péjorer la situation initiale de certaines dimensions (par exemple la dimension « infrastructure digitale »).

Enfin, la phase d'élaboration des plans d'actions, rendue possible grâce au pilotage confié à un chef de projet interne à chaque Pôle, et avec l'accompagnement du binôme de chercheurs, les a obligés à s'investir dans la mise en œuvre pratique, sans attendre. Les projets, formalisés via un modèle détaillé de fiche projet proposé par les chercheurs, ont aussi fait l'objet d'une analyse faisabilité / impact / risque qui les a amenés à procéder à une sélection du nombre de projets afin d'en assurer la réalisation effective dans les trois années à venir.

A l'issue de ce projet, un guide d'utilisation complet de l'outil SCIROCCO-POL a été mis à disposition de l'ensemble de la communauté du secteur de la santé [Mathy *et al.*, 2024]. A terme, il pourrait être complété d'un webinaire permettant de présenter l'outil et la démarche aux personnes intéressées à l'adopter.

5 Références

- Bautista, M. A. C., Nurjono, M., Lim, Y. W., Dessers, E. et Vrijhoef, H. J. (2016). Instruments Measuring Integrated Care: A Systematic Review of Measurement Properties. *Milbank Q.*, 94(4), 862–917.
- Berchtold, P., Schusselé Filliettaz, S. et Zanoni, U. (2019). *Nouvel élan pour les soins intégrés dans les cantons : un guide*. Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS. Retrieved March 12, 2024, from <https://www.gdk-cds.ch/soins-integres>
- DFI-OFSP. (2022). Assurance-Maladie Primes 2023 ; Communiqué de Presse. Retrieved April 22, 2024, from [https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-90514.html#:~:text=Berne%2C%2027.09.2022%20%2D%20Apr%C3%A8s,avant%20\(2013%2D2018\)](https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-90514.html#:~:text=Berne%2C%2027.09.2022%20%2D%20Apr%C3%A8s,avant%20(2013%2D2018)).
- DFI-OFSP. (2023). La Forte Augmentation Des Coûts Entraîne Une Nette Hausse Des Primes En 2024. *Le Conseil fédéral ; Le portail du Gouvernement suisse*. Retrieved March 12, 2024, from <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-97889.html>
- DGOS. (2016). PHARE - Performance Hospitalière Pour Des Achats Responsables - Méthodologie d'élaboration d'un Plan d'Actions Achat de Territoire (PAAT) - Kit de Déploiement. Retrieved March 12, 2024, from https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_phare_paat_kit_appui.pdf
- Grooten, L., Borgermans, L. et Vrijhoef, H. J. M. (2018). An Instrument to Measure Maturity of Integrated Care: A First Validation Study., 18(1), 10.
- HAS. (2012). *Guide méthodologique - Matrice de maturité en soins primaires : présentation du référentiel*. Saint-Denis La Plaine. Retrieved February 21, 2024, from https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires-presentation-du-referentiel
- HAS. (2018). *Matrice de maturité - Guide d'utilisation : Guide d'utilisation de la matrice de maturité d'une équipe Pacte*. Retrieved February 21, 2024, from https://www.has-sante.fr/jcms/c_2852416/en/matrice-de-maturite
- Hughes, G., Shaw, S. E. et Greenhalgh, T. (2020). Rethinking Integrated Care: A Systematic Hermeneutic Review of the Literature on Integrated Care Strategies and Concepts. *Milbank Q.*, 98(2), 446–492.
- Mathy, C., Bosisio, F., Majo, J., Campisi, D. et Wampler, A. (2024). SCIROCCO-POL et SCIROCCO-Canton ; Guide d'utilisation de Deux Matrices d'évaluation Du Degré de Maturité Des Soins Intégrés - Version 1. Retrieved from <https://doi.org/10.5281/zenodo.10817836>
- Mathy, C., Majo, J., Bosisio, F., Carron, T., Campisi, D., Peytremann-Bridevaux, I. et Wampler, A. (2023). Adaptations de Matrices de Maturité Des Soins Intégrés. *J. Gest. Déconomie Santé - Soumis à publication*.
- McBride, T. (2010). Organisational Theory Perspective on Process Capability Measurement Scales. *J. Softw. Maint. Evol. Res. Pract.*, 22(4), 243–254.

- de Mestral, C., Petrovic, D., Marcus, K., Dubos, R., Guessous, I. et Stringhini, S. (2022). *Forgoing Healthcare in Switzerland: Prevalence, Determinants and Consequences*. Bern: Office fédéral de la santé publique OFSP. Retrieved March 12, 2024, from <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/report-forgoing-healthcare-in-switzerland.pdf.download.pdf/Report%20Forgoing%20Healthcare%20in%20Switzerland.pdf>
- Monod, S., Pin, S., Levy, M., Grandchamp, C., Mariétan, X. et Courvoisier, N. (2024). *Analyse de la gouvernance du système de santé suisse et proposition d'une loi fédérale sur la santé*. Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Lausanne. Retrieved February 22, 2024, from <https://www.unisante.ch/fr/formation-recherche/recherche/publications/raisons-sante/raisons-sante-354>
- Nuño Solinís, R. et Stein, K. V. (2016). Measuring Integrated Care – The Quest for Disentangling a Gordian Knot. *Int. J. Integr. Care*, 16(3), 18.
- OCDE. (2010). *Améliorer Le Rapport Coût-Efficacité Des Systèmes de Santé*. Paris: OCDE Département des Affaires Économiques. Retrieved Mars 12, 2024, from <https://www.oecd.org/fr/economie/croissance/49653347.pdf>
- OCDE. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. Éditions OCDE. Retrieved February 20, 2024, from <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- OCDE et OMS. (2011). *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse 2011*. OCDE. Retrieved February 21, 2024, from https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/examens-de-l-ocde-des-systemes-de-sante-suisse-2011_9789264120938-fr
- OCDE/Union européenne. (2022). *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*. Paris: Organisation de coopération et de développement économique OCDE. Retrieved February 21, 2024, from https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en
- OFSP. (2019). *Politique de La Santé : Stratégie Du Conseil Fédéral 2020-2030*. Retrieved April 18, 2024, from <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheit-2030/gesundheitspolitische-strategie-2030.html>
- OMS. (2016). *Cadre Pour Des Services de Santé Intégrés Centrés Sur La Personne : Rapport Du Secrétariat*. Genève: OMS. Retrieved March 12, 2024, from <https://iris.who.int/handle/10665/250915>
- Paris, V. (2012). Les Performances Comparées Des Systèmes de Santé. *Trib. Santé*, 35(2), 43–49.
- Peytremann-Bridevaux, I., Schusselé Filliettaz, S., Berchtold, P., Grossglauser, M., Pavlickova, A. et Gilles, I. (2021). Healthcare System Maturity for Integrated Care: Results of a Swiss Nationwide Survey Using the SCIROCCO Tool. *BMJ Open*, 11(2), e041956.
- Vincent, C. et Staines, A. (2019). *Améliorer La Qualité et La Sécurité Du Système de Santé Suisse*. Berne: Office fédéral de la santé publique OFSP. Retrieved March 12, 2024, from <https://www.newsd.admin.ch/newsd/message/attachments/59014.pdf>
- Wendler, R. (2012). The Maturity of Maturity Model Research: A Systematic Mapping Study. *Inf. Softw. Technol.*, 54(12), 1317–1339.

- Whitehouse, D., Lange, M., Henderson, D. et Pavlickova, A. (2019). *SCIROCCO, D2.3-Layman-Version-of-The-Final-Report - WP2 Dissemination and Exploitation*. European Union. Retrieved March 12, 2024, from <https://www.scirocco-project.eu/wp-content/uploads/2019/10/D2.3-Layman-version-of-final-report-Final-V1.1.pdf>
- World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Nolte, Ellen & Pitchforth, Emma. (2014). *What is the evidence on the economic impacts of integrated care?*. World Health Organization. Regional Office for Europe. Retrieved February 13, 2024, from <https://iris.who.int/handle/10665/332002>