



Munich Personal RePEc Archive

Integrated care maturity matrix adaptations for healthcare providers and Swiss cantons

Mathy, Caryn and Majo, Jocelyne and Bosisio, Francesca
and Carron, Tania and Campisi, David and
Peytremann-Bridevaux, Isabelle and Wampler, Audrey

Haute école d'ingénierie et de gestion du canton de Vaud, HES-SO

25 March 2025

Online at <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/124201/>
MPRA Paper No. 124201, posted 01 Apr 2025 07:43 UTC

Titre : Adaptations d'une matrice de maturité des soins intégrés pour des prestataires de soins et des cantons suisses

Title: Integrated care maturity matrix adaptations for healthcare providers and Swiss cantons

Nom des auteurs, titre, affiliation

1. MATHY Caryn, Professeure, Haute école d'ingénierie et de gestion du canton de Vaud, HES-SO Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale,
 - a. Adresse : Avenue des sports 20, 1401 Yverdon-les-Bains, Suisse ;
email : caryn.mathy@heig-vd.ch; Tel : +41 (0)24 557 73 76
2. MAJO Jocelyne, Professeure, Haute école d'ingénierie et de gestion du canton de Vaud, HES-SO Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale
3. BOSISIO Francesca, Professeure, Haute école d'ingénierie et de gestion du canton de Vaud, HES-SO Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale
4. CARRON Tania, collaboratrice scientifique, Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté), Université de Lausanne
5. CAMPISI David, collaborateur scientifique, Haute école d'ingénierie et de gestion du canton de Vaud, HES-SO Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale
6. PEYTREMANN-BRIDEVAUX Isabelle, Médecin-chef, Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté), Université de Lausanne
7. WAMPLER Audrey, collaboratrice scientifique, Haute école d'ingénierie et de gestion du canton de Vaud, HES-SO Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale

Remerciements

Nous présentons nos plus sincères et chaleureux remerciements à (par ordre alphabétique) Jean-François Cardis, Corinne Girod, Samuel Gunthardt, Cécile Rouget, Christine Perrenoud et à leurs institutions respectives pour leurs contributions aux tests réalisés concernant les travaux présentés. Nous remercions également les Directions des Pôles Santé vaudois qui ont nourri les réflexions sous-jacentes au travail présenté, grâce aux très nombreux échanges qu'ils nous ont permis d'avoir avec eux et leurs équipes.

Financement

Le projet de recherche présenté a été financé par le fond de recherche Innosuisse : <https://www.aramis.admin.ch/Grunddaten/?ProjectID=51080>

Citer ce document

Mathy C, Majo J, Bosisio F, Carron T, Campisi D, Peytremann-Bridevaux I, Wampler A. Adaptations d'une matrice de maturité des soins intégrés pour des prestataires de soins et des cantons suisses, 2025 ; 14p. [MPRA Paper #124096](#)

Résumé

Contexte : La performance des systèmes de soins intégrés manque de preuves, notamment expliqué par la difficulté à mener des études robustes. Cela génère de l'indécision tant chez les prestataires que chez les décideurs. Un outil d'évaluation a toutefois été développé sous l'égide de la Commission Européenne. Il s'agit d'une matrice de maturité : « Scaling Integrated Care in Context » (SCIROCCO), élaborée dans une perspective macro.

Objectif : Le projet visait à adapter SCIROCCO pour des prestataires de soins, les trois pôles de santé vaudois, d'une part et pour le Canton de Vaud, d'autre part, nécessitant d'adopter deux perspectives méso distinctes.

Méthode : Un travail de structuration et de réécriture de chaque élément de SCIROCCO a été réalisée par sept chercheurs, en phases successives, individuelles puis collectives avec recherche de consensus. Celui-ci a été amendé par cinq professionnels avant diffusion aux utilisateurs.

Résultats : Deux matrices de maturité ont été créées : une pour les pôles (SCIROCCO-POLE), et une pour le canton (SCIROCCO-CANTON) en conservant les dimensions d'origine mais contextualisées différemment. L'échelle de réponse conserve six niveaux mais, inversement, elle a été standardisée pour rester identique quelle que soit l'organisation de santé ou la dimension évaluée.

Conclusion : L'adaptation de SCIROCCO à d'autres organisations de santé est apparue faisable mais nécessite un travail conséquent qui offre toutefois une réponse pragmatique de diagnostic et de pilotage aux acteurs. Des travaux additionnels sont cependant souhaitables pour les améliorer et pour intégrer une dimension additionnelle celle de la collaboration entre acteurs.

Abstract

Context: The performance of integrated care systems lacks evidence, partly due to the difficulty in conducting robust studies. This generates uncertainty among both providers and decision-makers. However, an evaluation tool has been developed under the auspices of the European Commission. It is a maturity matrix called "Scaling Integrated Care in Context" (SCIROCCO), developed from a macro perspective.

Objective: The project aimed to adapt SCIROCCO for healthcare providers, specifically the three health poles in Vaud, on one hand, and for the Canton of Vaud, on the other hand, requiring the adoption of two distinct meso-level perspectives.

Method: Seven researchers worked on structuring and rewriting each element of SCIROCCO in successive individual and collective phases, seeking consensus. This work was then reviewed by five professionals before being disseminated to users.

Results: Two maturity matrices were created: one for the health poles (SCIROCCO-POLE) and one for the canton (SCIROCCO-CANTON), retaining the original dimensions but contextualizing them differently. The response scale still has six levels, but it was standardized to remain consistent regardless of the health organization or evaluated dimension.

Conclusion: Adapting SCIROCCO to other healthcare organizations appears feasible, although it requires substantial effort. Nevertheless, it provides a pragmatic diagnostic and management response for stakeholders. Further work is desirable to enhance the tool and incorporate an additional dimension—the collaboration between actors.

Mots clés :

- Institutions de santé ; Organisation des soins ; Soins intégrés ; Performance ; Matrice de maturité
- Care providers; Care organization; Integrated care; Performance; Maturity matrix

1 INTRODUCTION

Les dépenses de santé de la Suisse atteignaient 11,8% du PIB en 2021 [1] et les primes d'assurance maladie obligatoire continue d'augmenter fortement : +15% entre 2022 et 2024 [2,3]. En dépit de ce niveau de dépenses, la performance globale du système de santé suisse n'est pas aussi satisfaisante qu'espérée [4–6], si on en adopte une vision élargie [7], suivant les recommandations récentes de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). En effet, cette dernière vient de renouveler son cadre conceptuel d'analyse de la performance des systèmes de santé en l'élargissant à d'autres facteurs, soulignant la nécessité d'adopter une vision capable d'intégrer les nouveaux défis des systèmes de santé et, notamment, les besoins et préférences des individus, le vieillissement de la population et la transformation numérique croissante [8]. Les études sur le système de santé suisse montrent des faiblesses et notamment des actes redondants ou, inversement, manquants, des incohérences ou ruptures dans les parcours de soins, un manque d'adaptation aux besoins des patients, une reconnaissance insuffisante de leurs souhaits ainsi que, globalement, une faible part accordée à la prévention [4,9,10].

Parmi les pistes d'amélioration imaginées, le développement des soins intégrés ou de l'intégration des soins est récurrent [9,11]. Comme le souligne l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « 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 » [12]. Malgré tout, les incertitudes importantes sur les résultats des systèmes intégrés sont importantes [13–17]. Une revue de littérature et une méta-analyse de 2020 qui visait à évaluer les études économiques des soins intégrés et les impacts cliniques et économiques concluent que les soins intégrés sont susceptibles de réduire les coûts et d'améliorer les résultats mais que les preuves existantes varient considérablement et sont de qualité moyenne. Il serait nécessaire de clarifier les questions méthodologiques en particulier [18]. Les limites des études analysées sont en fait importantes et questionnent sur la capacité à pouvoir les réaliser dans des contextes de vie réelle, avec des organisations et des acteurs qui construisent des propositions d'intégration des soins dans des contextes toujours spécifiques [13–17,19]. Les principales difficultés auxquelles sont confrontés les chercheurs et qui limitent la reproductibilité des études et la généralisation des preuves concernant la performance des soins intégrés peuvent se résumer en quelques points. Premièrement, la définition des soins intégrés est relativement floue et variable selon la perspective adoptée. L'OMS [12] les définit par exemple comme « la gestion et la prestation des services de santé de sorte que les personnes bénéficient d'un continuum de services préventifs et curatifs en fonction de l'évolution de leurs besoins au cours du temps et au sein des différents niveaux du système de santé et au-delà du secteur de la santé ». Couramment cité, Kodner [20] les considère comme : “[a] multi-level, multi-modal, demand driven and patient-centred strategy designed to address complex and costly health needs by achieving better coordination of services across the entire care continuum. Not an end in itself, integrated care is a means of optimizing system performance and attaining quality patient outcomes”. Deuxièmement, et en lien direct avec le flou des définitions citées et le continuum prôné entre santé et social, le périmètre des soins intégrés pris en considération dans les études varie considérablement et dépend du contexte dans lequel les soins intégrés sont mis en œuvre, sachant qu'il est toujours spécifique. Troisièmement, les bénéfices ne sont pas toujours immédiats, notamment lorsqu'il s'agit de les démontrer au niveau macro, sur l'ensemble d'une population dont le périmètre n'est, quant à lui, pas toujours spécifiés aux prestataires de soins intégrés et/ou aux patients. Finalement, les données nécessaires à l'analyse ne sont pas toujours disponibles. On pourra mentionner l'exemple de la Suisse où les données sont détenues par une cinquantaine d'assurances privées qui n'ont qu'une obligation limitée de leur transmission aux autorités de santé, notamment

concernant le degré de granularité des informations transmises ou la capacité à les chaîner tout au long d'un parcours patient.

Dans ce contexte, qui non seulement ne permet pas de s'appuyer sur des constats clairs [18] mais qui implique d'investiguer de manière incertaine ou complexe, les décideurs suisses, et notamment les cantons¹ [21], hésitent à promouvoir ou mettre en œuvre les soins intégrés et à soutenir les prestataires de soins qui pourraient les développer ou qui les réalisent déjà (au travers de projets pilotes la plupart du temps) [19]. Ces derniers sont quant à eux confrontés à la difficulté de gérer et de piloter leurs activités, à en démontrer la pertinence, à justifier la demande de financements spécifiques et à assurer leur pérennité. Le manque d'outils d'analyse, capables de les aider à répondre à ces questions et à statuer sur leur performance, au sens large du terme, constituent un frein à leur pérennité et à leur développement. En outre, ils ne disposent ni du temps, ni des moyens ni des compétences pour se lancer dans des projets de recherche de grande envergure, décorrélés de leurs activités quotidiennes, en raison de leur taille réduite.

La demande de soutien de trois d'entre eux, les pôles de santé vaudois, a conduit à réaliser un projet de recherche appliquée, visant à identifier un outil de gestion et de pilotage des soins intégrés pour améliorer leur performance, voire à en développer un si cela s'avérait pertinent. A l'issue d'une rapide revue de la littérature, l'existence d'une matrice de maturité des soins intégrés, « Scaling Integrated Care in Context » (SCIROCCO) [22], développée par un groupe de travail de la Commission Européenne, a été identifiée. Cet outil avait été mobilisé en 2019 pour réaliser un diagnostic de la maturité du système de santé suisse en matière de soins intégrés [23]. Une étude de faisabilité a conclu qu'il était possible de l'utiliser comme cadre de référence pour élaborer un outil de gestion et de pilotage pour les pôles de santé vaudois. Ce projet a nécessité un travail d'analyse et de refonte de la matrice SCIROCCO afin de la contextualiser aux problématiques d'un prestataire de soins (approche méso) dont les prérogatives et les missions en matière de soins intégrés sont radicalement différentes de celle d'un système de santé (avec une perspective macro).

Cet article présente les points clés de la construction de cette adaptation pour les pôles de santé vaudois et de celle qui a également été faite, en parallèle, pour le Canton de Vaud. Dans la suite de cet article, des spécificités du contexte sont d'abord présentées. Elles permettent de mieux comprendre les objectifs et les contraintes du projet. Ensuite la méthodologie utilisée est explicitée, ainsi que les principaux résultats et les limites du projet. Enfin une conclusion mentionne notamment les apports mais aussi les perspectives de ce projet.

2 CONTEXTE

Le projet de recherche s'inscrit dans un contexte spécifique, qui concerne 1) trois prestataires de soins intégrés, les pôles de santé vaudois, qu'il est nécessaire de spécifier pour comprendre le choix de recourir à 2) l'utilisation d'une matrice de maturité et plus particulièrement 3) SCIROCCO. Chacun de ces trois éléments seront explicités dans cette partie.

¹¹ Le système de santé suisse est particulièrement complexe et morcelé. Il est notamment caractérisé par une absence de loi de santé publique qui puisse guider, voire s'imposer à l'ensemble des 26 cantons. Schématiquement, ces derniers sont autonomes et disposent des prérogatives complètes en matière de pilotage et de gestion de leur système de santé ; ils peuvent être considérés comme des états à part entière, et à ce titre, décident de leur politique de santé et de l'allocation des ressources entre les différents domaines qui sont de leur ressort (santé, éducation, culture, emploi, etc.). Concernant la santé, ils n'ont toutefois pas pouvoir en matière de modalités de financement des activités : celles-ci font l'objet d'une loi de la Confédération, applicable à tous les prestataires de soins suisses. Cela implique, en sens inverse, que les activités dont le financement n'est pas prévu dans la loi ne peuvent alors être financées que par des subventions spécifiques, octroyées par le canton concerné, et dont la pérennité peut être remise en question, notamment en cas de changement de majorité politique au niveau cantonal.

2.1 La spécificité des pôles de santé du canton de Vaud

Les trois pôles de santé², du canton de Vaud ont été créés entre 2015 et 2018, par la fusion de prestataires de soins préexistants. La taille de ces pôles reste modeste dans le paysage sanitaire et médico-social du canton et sont situés en zone de montagne ; le plus important d'entre eux compte 300 collaborateurs soit 200 équivalents temps plein. Souvent confondus avec d'autres institutions, les pôles de santé sont cependant très spécifiques. Ainsi chacun de ces pôles est 1) une seule et même entité juridique, 2) un prestataire de soins à part entière, 3) qui cumule différents types de soins de première et deuxième ligne, de nature multiple : hospitalisation ambulatoire et/ou complète, en court, moyen et long séjour, hébergement médico-social temporaire et/ou en continu, consultations de médecine générale, de médecine spécialiste, soins à domicile, service d'urgence, etc. Dit autrement, les pôles de santé vaudois sont donc des organisations intégrées verticalement, au sens économique du terme. Ils doivent donc être clairement distingués des « réseaux » de santé, dont la mission n'est pas de produire des soins mais est de coordonner des prestataires de soins juridiquement indépendants les uns des autres. En outre, chacun des pôles de santé dispose d'activités qui ne sont pas strictement identiques entre eux et les caractéristiques de la population, qui constitue leurs bassins de recrutement naturel, ne le sont pas non plus. Par ailleurs, à ce jour, ils n'ont pas de mission territoriale et les patients de leur territoire sont libres de s'adresser à ces pôles de santé ou à tout autre prestataire de soins concurrent. Enfin, soulignons que lorsque les activités du pôle ne permettent pas de répondre aux besoins d'un patient qu'il prend en charge, il collabore avec d'autres prestataires de soins, y compris en passant par l'intermédiaire d'un réseau de santé si besoin, par exemple pour envoyer un patient vers l'hôpital universitaire du canton, un centre de psychiatrie, ou tout autre prestataire de soins, y compris concurrent, si le patient le demande.

2.2 Eléments clés des matrices de maturité

La matrice SCIROCCO est une matrice de maturité, également appelé modèle de maturité. Globalement, ces matrices 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 développés dans l'ingénierie logicielle, les matrices de maturité sont aujourd'hui utilisées dans de nombreux domaines d'activité [24,25]. Le concept est aussi bien utilisé pour mesurer l'expérience et le progrès relatif d'une organisation, que comme une indication de la performance potentielle : "Generally, maturity is seen as desirable and indicative of better organisational performance through better process performance" [24]. Elles sont utilisées à titre formatif ou évaluatif et souvent en auto-évaluation par les organisations, institutions, entreprises, etc. De manière simplifiée, finalement ces matrices de maturité sont des outils de gestion et de pilotage destinés à des organisations au sens large du terme et quel que soit leur nature ou domaine d'activité.

Concernant le secteur de la santé, il existe de nombreux instruments relevant ou s'appuyant sur des matrices de maturité, comme relaté dans une note de synthèse de la HAS de 2012, concernant les matrices de maturité, en général et celles sur les soins primaires spécifiquement [26]. En France, on pourra notamment mentionner l'existence de la matrice de maturité en soins primaires « Pacte » [27], et celle de la fonction « achats hospitaliers » utilisée dans le cadre des projets « Performance Hospitalière pour des Achats Responsables -PHARE » [28]. Au-delà de la France, comme décrit notamment par Bautista et al.[14], Grotten et al. [15] ou encore Blondiau et al. [29], les travaux sont finalement nombreux. Les auteurs soulignent que ces outils offrent une approche pragmatique, pour résoudre un problème complexe.

² Il s'agit de : Pôle Santé du Pays d'Enhaut (PSPE), Pôle Santé Vallée de Joux (PSVJ) et Réseau Santé Balcon du Jura (RSBJ), qui malgré son nom est un pôle de santé : voir texte qui suit dans l'article.

De manière schématique, une matrice de maturité est une grille d'analyse des organisations composée de [26]:

- Dimensions (voire sous-dimensions). Elles sont sélectionnées en raison de leur caractère impactant sur un résultat recherché/analysé ou en raison de l'importance que les parties-prenantes (professionnels, experts, régulateurs, etc.) leur accordent. Elles traduisent la capacité *a priori* des organisations à délivrer le résultat recherché. Finalement les dimensions d'une matrice doivent refléter les déterminants clés du résultat attendu.
- Niveaux de progrès ou de maturité, pour chacune des dimensions sélectionnées. Ils représentent des degrés croissants de structuration et de performance des dimensions. Le nombre de ces niveaux varie selon les matrices mais est souvent proche de 5, suivant la logique de la norme AFNOR et des approches standard de « management de la qualité ».

2.3 Origines et caractéristiques principales de SCIROCCO

Comme toute matrice de maturité, l'outil SCIROCCO s'appuie sur des dimensions qui ont été sélectionnées dans la mesure où elles sont des déterminants clés de l'intégration des soins d'un système de santé [15]. Leur sélection a été réalisée puis testée dans l'étude 3B-MM, à l'origine de la matrice SCIROCCO, et sur la base d'études observationnelles, d'entretiens, d'une revue de littérature et d'une étude Delphi, décrites en détail dans l'article de Grooten et al. [15]. Un très large éventail de participants ont contribué à l'élaboration du 3B-MM, tels que des décideurs nationaux, régionaux, des responsables et des professionnels de prestataires de soins et de services sociaux, des industriels et des chercheurs [30]. Plusieurs études ont ensuite été menées visant notamment à évaluer la validité structurelle, la cohérence interne et la validité convergente de l'outil. Les résultats ont confirmé l'intérêt de l'outil montrant que, malgré certaines limites, SCIROCCO présentait une bonne cohérence et une bonne structure interne en particulier [31]. Les auteurs recommandaient toutefois que poursuivre les évaluations. Des expériences dans divers pays / régions pour identifier comment l'outil se comportait lors d'une mise à l'échelle ont été réalisées et évaluées afin de voir comment la mise en œuvre pouvait être impactée par des contextes spécifiques et apporter des améliorations [31,32]. SCIROCCO a finalement été utilisé dans plus d'une douzaine de pays ou régions de santé, parties prenantes du projet SCIROCCO, et traduit dans une dizaine de langues, puis, plus largement, auprès d'une quarantaine de pays, selon les informations mentionnées sur le site internet dédié (www.Sciroccoexchange.com). Concernant son utilisation, des variantes de la démarche recommandée (basée sur des méthodes de consensus) ont été parfois réalisées comme pour la Suisse où le questionnaire a été diffusé uniquement en ligne, à plus de 600 personnes, pour recueillir des évaluations individuelles sans faire l'objet de réunions de consensus ultérieures [23].

Les 12 dimensions de la matrice, traduite en français [23] sont les suivantes : 1) Disposition au changement ; 2) Structure et gouvernance ; 3) Infrastructure numérique ; 4) Financement ; 5) Coordination des processus ; 6) Levée des obstacles ; 7) Approche populationnelle ; 8) « Empowerment » ; 9) Méthode d'évaluation ; 10) Ampleur des ambitions ; 11) Gestion de l'innovation ; 12) Développement des compétences.

Le niveau de maturité du système de santé en termes d'intégration des soins est évalué pour chaque dimension sur une échelle en 6 niveaux : de 0 à 5 (0 étant le minimum et 5 le maximum). Pour ce faire, chaque dimension est explicitée et des exemples emblématiques de la variabilité de la maturité concernant la dimension sont mentionnés à un niveau macro ; l'exemple de la dimension n°4 « Financement » est présenté dans le Tableau 1. Les autres dimensions ne sont pas représentées dans l'article en raison de l'espace nécessaire (environ 12 pages).

Tableau 1: SCIROCCO- Dimension n°4 « Financement » (version française [23])

<p>Objectifs : La modification des systèmes de soins en vue d'une meilleure intégration nécessite des investissements et un financement de départ ; un financement opérationnel pendant la transition vers les nouveaux modèles de soins ; et un soutien financier continu jusqu'à ce que les nouveaux services soient pleinement opérationnels et que les anciens services ne soient plus utilisés. Garantir le financement des coûts initiaux et permanents est une activité essentielle qui fait appel à tous les mécanismes, des budgets régionaux/nationaux aux « fonds d'encouragement », en passant par les fonds d'investissement de l'Union européenne, les partenariats public-privé (PPP) et les mécanismes de partage des risques.</p>
<p>Échelle d'évaluation</p> <p>0 - Aucun financement supplémentaire n'est disponible pour passer aux soins intégrés.</p> <p>1 - Le financement est disponible, mais principalement pour les projets pilotes et les tests.</p> <p>2 - Le financement consolidé de l'innovation est disponible par le biais de concours/subventions pour les prestataires individuels et la mise en œuvre à petite échelle.</p> <p>3 - Un financement régional/national (ou européen) ou un PPP pour le passage à une application à grande échelle est disponible.</p> <p>4 - Des systèmes de financement et/ou de remboursement régionaux/nationaux pour les opérations en cours sont disponibles.</p> <p>5 - Un budget pluriannuel fixe et/ou des modalités de remboursement, accessibles à toutes les parties prenantes, pour permettre l'évolution des services sont en place.</p>

3 OBJECTIFS

Suite à une étude de faisabilité, un projet de recherche appliquée a été proposé pour adapter SCIROCCO afin de mesurer la maturité de l'intégration des soins des trois pôles de santé du Canton de Vaud. Cette adaptation, dénommée SCIROCCO-POLE, devait permettre de réaliser un diagnostic de la situation de chaque pôle de santé (approche méso), à la différence de SCIROCCO qui vise à diagnostiquer un système de santé intégrant l'ensemble des prestataires (niveau macro). Ce diagnostic devait ensuite leur permettre d'identifier les pistes d'amélioration possibles. Le projet SCIROCCO-POLE visait donc à élaborer un outil de diagnostic et de pilotage de la maturité des soins intégrés d'un prestataire de soins. Le projet a débuté en septembre 2022 pour une durée de 20 mois (soit jusqu'en avril 2024). Il a été financé par le fonds de recherche Innosuisse, ce qui a permis à une équipe de sept chercheurs de développer cette recherche et d'accompagner les pôles dans la mise en œuvre.

Cet article est consacré à présenter la phase initiale du projet, à savoir les adaptations de l'outil SCIROCCO à deux contextes distincts :

- Celui d'un prestataire de soins (SCIROCCO-POLE) pour les pôles de santé ;
- Celui d'un canton (SCIROCCO-CANTON), en charge de la gestion et du pilotage de son système de santé afin d'identifier la situation de l'environnement externe des trois pôles.³

En d'autres termes, l'article sur les deux outils qui ont été créés mais ne présente pas leur mise en œuvre ni l'usage des diagnostics qui a été fait par chacun des pôles ou du Canton. Ces éléments nécessitent des publications à part entière qui seront proposées ultérieurement.

4 DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Considérant que la matrice SCIROCCO a fait l'objet d'études approfondies et de mises en œuvre répétées, les chercheurs ont considéré que les dimensions de la matrice ne seraient pas questionnées. En d'autres termes, les dimensions de SCIROCCO n'ont pas été modifiées et elles ont été conservées dans les deux adaptations proposées. Cependant, suite à l'analyse détaillée du contenu de SCIROCCO, plusieurs points structurels de l'outil ont été identifiés comme

³ En stratégie, notamment via les analyses SWOT, il s'agit de permettre à une entreprise d'évaluer son environnement interne (forces versus faiblesses) d'un côté, et externe de l'autre (opportunités et menaces), afin de réaliser un diagnostic pour, ultérieurement, lui permettre d'améliorer son pilotage stratégique.

problématiques. Pour remédier à ces problèmes, les chercheurs ont adopté une méthode de travail systématique et ont élaboré les deux outils SCIROCCO-POLE et SCIROCCO-CANTON en parallèle pour maximiser la similitude du raisonnement et la distinction des contextes respectifs.

4.1 Analyse et limites de la matrice d'origine SCIROCCO

Lors de l'analyse du contenu de chacune des 12 dimensions, il est ressorti que les dimensions étaient globalement décomposées en trois parties : explication de la dimension, exemples et échelle de maturité. En outre, chacun d'eux était contextualisé dans une perspective macro pour correspondre à la problématique d'un système de santé évalué dans son ensemble. Plusieurs éléments ont été questionnés par l'équipe de recherche. En particulier, il est ressorti que l'outil n'était pas toujours structuré de manière identique ni conforme aux règles de structuration d'une matrice de maturité :

- Pour certaines dimensions, la structure comportait 1) une explication de la dimension, 2) des exemples et 3) l'échelle détaillant les 6 niveaux de maturité. Dans d'autres dimensions, les exemples n'étaient pas ou peu détaillés (par exemple la dimension n°4 « Financement » ou la dimension n°8 « Empowerment »).
- Concernant les niveaux de maturité, l'analyse a mis en évidence plusieurs problèmes, contraires aux règles de structuration d'une matrice de maturité. Ainsi, dans certaine dimension, la réponse pouvait correspondre à deux niveaux en même temps (par exemple dimension n° 10 « Ampleur des ambitions » notamment entre le niveau 2 et le niveau 3). Autrement dit les niveaux n'étaient pas exclusifs alors qu'ils auraient dû l'être. Par ailleurs, la progression de l'échelle de maturité, contextualisée pour chaque dimension, n'était pas claire ou l'échelle se concentrait uniquement sur certains aspects de la dimension et négligeait d'autres (par exemple la dimension n°7 « Approche populationnelle »).

4.2 Méthode de travail des chercheurs

L'équipe de chercheurs était composée de quatre chercheurs seniors et de trois collaborateurs scientifiques avec des compétences en économie, en management, en psychologie de la santé, en organisation du système de santé et en santé publique, dont deux spécialistes des soins intégrés.

L'équipe s'est attachée dans un premier temps à résoudre les limites préalablement identifiées dans son travail d'adaptation au contexte des pôles de santé d'une part et du Canton d'autre part. Ainsi, les chercheurs ont défini une structure stricte de la matrice comprenant 1) une définition opérationnelle de la dimension, 2) des exemples opérationnels et contextualisés de la dimension et 3) les 6 niveaux de l'échelle de maturité, exprimés selon un modèle non contextualisé, répliquable quelle que soit la dimension concernée.

Ensuite, une définition opérationnelle de chaque dimension a été élaborée sur la base du contenu de la matrice SCIROCCO, en éliminant les éléments de contextualisation. Inversement, les exemples de chaque dimension ont été contextualisés, d'une part pour les pôles de santé (pour SCIROCCO-POLE), d'autre part pour le Canton (pour SCIROCCO-CANTON). Pour ce faire, les chercheurs ont d'abord identifié les différentes thématiques abordées de chaque dimension. Leur contenu a été réécrit en adoptant une perspective méso, pour un pôle de santé (un prestataire de soins) d'une part et pour un canton d'autre part (un régulateur mais dont les prérogatives sont plus limitées que de celle d'un état centralisé par exemple : voir la note de base de page n°1 pour une explication). Cette démarche, visant à créer le contenu des dimensions en travaillant parallèlement les deux matrices, a en particulier permis de mettre clairement en évidence les différences de perspectives entre les deux.

Dans un premier temps, ce travail a été réalisé entre les chercheurs en plusieurs étapes : 1) d'abord par un chercheur sénior, 2) ensuite ces éléments ont été revus et amendés par un autre chercheur sénior 3) puis discutés jusqu'à trouver un consensus entre les deux. Enfin, 4) la totalité de ses

éléments a été revue par les autres chercheurs avec des propositions d'amendements. Enfin, les amendements ont été discutés entre tous les chercheurs, jusqu'à l'obtention d'un consensus.

Dans un second temps, les chercheurs ont eu recours à cinq professionnels expérimentés du secteur de la santé du canton de Vaud, qui ont testé les matrices pour valider la compréhension et la pertinence des définitions et des exemples et, le cas échéant, faire des propositions de modification. Trois professionnels issus des pôles ont évalué individuellement la matrice SCIROCCO-POLE (un responsable logistique et exploitation, une répondante sécurité des patients et une cheffe de projet) et deux autres professionnels ont fait la même chose pour la matrice SCIROCCO-CANTON (un consultant, précédemment directeur d'hôpital et un responsable des soins d'un pôle également responsable d'un centre médico-social partenaire du même pôle). L'évaluation qu'ils ont réalisée portait sur leur compréhension générale, d'une part, et sur chaque élément des 12 dimensions, d'autre part. Sur la base de leurs réponses, lorsque les remarques convergeaient, les modifications proposées ont été automatiquement retenues par les chercheurs. Les remarques qui nécessitaient un éclaircissement ou divergeaient ont été discutées lors de deux réunions collectives en ligne réunissant un chercheur senior, deux collaborateurs scientifiques et les testeurs concernés. Une réunion pour les testeurs de SCIROCCO-CANTON et deux réunions avec les testeurs SCIROCCO-POLE ont été réalisées.

Le travail concernant l'échelle, standardisée, a été réalisé selon la même démarche.

5 PRINCIPAUX RESULTATS ET LIMITES

Cette méthode de travail a permis de produire un modèle de structure de matrice SCIROCCO-POLE/CANTON, applicable quelle que soit la dimension concernée. Il a été utilisé pour détailler le contenu de chacune des 12 dimensions de la matrice, d'une part, pour la matrice SCIROCCO-POLE et, d'autre part, pour la matrice SCIROCCO-CANTON.

Chaque matrice se présente donc de la même manière et détaille par dimension 1) les explications de la dimension, 2) les exemples relatifs à la dimension et enfin 3) l'échelle de maturité (standardisée donc identique quelle que soit la dimension ou l'institution concernée). Concernant cette dernière, présentée dans le Tableau 2, elle peut cependant soit être utilisée de manière générique soit de manière opérationnalisée pour favoriser l'appropriation de l'utilisateur, comme explicité dans la note qui suit le tableau.

À titre d'exemple, la dimension n°4 « Financement » de la version SCIROCCO-POLE d'un côté et de SCIROCCO-CANTON, de l'autre, sont présentés dans le Tableau 3. Le contenu de l'ensemble des deux matrices est disponible dans un guide d'utilisation [33].

Ce travail d'adaptation de SCIROCCO en SCIROCCO-POLE et SCIROCCO-CANTON comporte des limites et à tout le moins des points de réflexion. Certains ont fait l'objet de discussions nourries entre les chercheurs lors de la construction des 2 adaptations et d'autres ont été mises en lumière lors de l'utilisation en vie réelle des matrices pour l'évaluation de chacun des trois pôles d'une part et pour le Canton de Vaud d'autre part.

Concernant l'adaptation des dimensions, de leur définition opérationnelle et des exemples qui en découlent, il s'est avéré fondamental mais complexe de définir clairement le périmètre des soins intégrés à évaluer. En effet, deux alternatives divergentes ont été à prendre en considération. D'un côté la définition des soins intégrés conduit à retenir un périmètre des soins intégrés très large reflétant le continuum complet soin-social des définitions couramment retenues en la matière. De l'autre, la réalité du système de santé vaudois et de l'activité des pôles amenait à réduire le périmètre aux soins (et à écarter l'aspect social de l'intégration des soins). Finalement les chercheurs ont choisi de retenir la seconde solution en se concentrant sur l'aspect « soins » aux vues de la réalité de leurs activités et de leurs missions. En effet, pour les pôles, sans une restriction du périmètre (circonscrite aux soins), le niveau de maturité de chacune des 12 dimensions ne peut être évalué qu'à un niveau compris entre 0 et 2 (dans le meilleur des cas) ;

cela conduit à appauvrir le diagnostic car les réalisations existantes en matière de soins intégrés sont noyées au milieu de nombreux manquements concernant l'aspect social des soins intégrés. Il en serait de même pour les possibles améliorations. En conséquence, dans un souci de pragmatisme et dans le contexte du projet, l'aspect social n'a été pris en considération que dans la mesure où il participe à l'activité de soin. L'expérience de la mise en œuvre des matrices amène à considérer que ce choix était pertinent en matière managériale, offrant ainsi un outil pragmatique pour les institutions concernées (les pôles et le Canton). Il n'en demeure pas moins discutable et, dans tous les cas, il convient d'insister sur la nécessité de préciser clairement le périmètre des activités faisant l'objet de l'évaluation et à le rappeler lors de l'utilisation des matrices.

Tableau 2 : Echelle de maturité des matrices SCIROCCO-POLE et SCIROCCO-CANTON

<p>3 - Niveaux de maturité non contextualisés * Concernant des prestations ou des projets de soins intégrés / En matière de mise en œuvre de soins intégrés</p> <p>0- Il n'existe pas de reconnaissance <i>au niveau du (Pôle/Canton)</i> de la nécessité de préciser/changer/adapter (<i>la dimension</i>).</p> <p>1- (<i>La dimension</i>) est reconnue comme stratégique <i>au niveau du (Pôle/Canton)</i> mais le consensus sur l'ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments ne sont pas entamées / n'ont pas débuté.</p> <p>2- (<i>La dimension</i>) est reconnue comme stratégique <i>au niveau du (Pôle/Canton)</i>. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; (<i>la dimension</i>) émerge / se concrétise / est mise en œuvre de manière limitée, localement, ponctuellement ou partiellement.</p> <p>3- (<i>La dimension</i>) est reconnue comme stratégique <i>au niveau du (Pôle/Canton)</i>. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; (<i>la dimension</i>) est progressivement mise en œuvre / se généralise progressivement/ se concrétise progressivement <i>au niveau du / sur l'ensemble du (Pôle/Canton)</i>.</p> <p>4- (<i>La dimension</i>) est reconnue comme stratégique <i>au niveau du (Pôle/Canton)</i>. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; (<i>la dimension</i>) se concrétise (quasiment) complètement /est mise en œuvre de manière (quasiment) généralisée <i>au niveau / sur l'ensemble du (Pôle/Canton)</i>.</p> <p>5- (<i>La dimension</i>) est reconnue comme stratégique <i>au niveau du (Pôle/Canton)</i>. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; (<i>la dimension</i>) est mise en œuvre de manière généralisée <i>au niveau du (Pôle/Canton)</i>, de manière proactive, dans une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.</p>
--

* Note :

- Pour une utilisation générique : les éléments en *italique* (en rouge) dans le texte sont éliminés.
- Pour une utilisation opérationnalisée : 1) le terme « la dimension » (en bleu) est remplacés par le nom de la dimension considérée : par exemple « Le financement » « L'ampleur des ambitions », etc. Dans ce cas, et selon la dimension considérée, le texte devra être grammaticalement accordé au genre de la dimension. 2) Les éléments en *italique* (en rouge) sont à choix, selon qu'il s'agit d'une évaluation pour un pôle de santé ou pour un canton. Ce choix implique donc, d'une part, d'être reproduit sur toutes les dimensions et, d'autre part, d'éliminer l'alternative non utilisée : soit « Pôle » soit « Canton ».

Ensuite, l'utilisation de la matrice pour des prestataires de soins, tels que des pôles, implique de clarifier aussi le fait que l'évaluation ne porte que sur les seules activités réalisées par les pôles, en « interne ». Exprimé en sens inverse, l'évaluation ne porte pas sur l'intégration des soins qui sort du champ de responsabilité des pôles, à savoir celle qui est réalisée avec des prestataires externes, en coopération. Ce point mérite d'être précisé, voire discuté, car il apparaît contre-intuitif a priori pour deux raisons : d'une part, les pôles collaborent effectivement avec des prestataires « externes » pour organiser le parcours de soins de leurs patients et, d'autre part, l'intégration des soins dépasse, par définition, leur seule entité juridique et les diverses activités qui y sont réalisées.

Tableau 3: Dimension n°4 « Financement » pour SCIROCCO-POLE et SCIROCCO-CANTON

Pôle	Canton
<p>Explications relatives à la dimension : Changer le système de prise en charge des patients et développer les soins intégrés nécessitent d'adapter le financement, voire de créer de nouvelles modalités. Les modalités de financement doivent tenir compte des investissements nécessaires mais aussi des opérations courantes, avant, pendant et après la période de transition vers les soins intégrés. Il est essentiel de veiller à ce que les coûts initiaux puis récurrents puissent être financés.</p>	
<p>Exemples concernant la dimension</p> <p>Globalement, la question est de savoir si et comment le Pôle a mis en place une stratégie et des moyens favorables à l'évolution du financement, afin de soutenir et de développer les soins intégrés. Les évolutions peuvent être multiples, comme dans les exemples suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le financement peut avoir différentes sources : internes (issues des budgets du Pôle) ou externes (du Canton, de la Confédération, de fonds internationaux, de fonds publics ou privés, etc.), voire mixtes (partenariats public-privé). - Les modalités de financement des prestations ou projets de soins intégrés doivent être adaptées à la phase de déploiement (projets pilotes versus projets courants). On peut par exemple penser à : <ol style="list-style-type: none"> 1. Dans un premier temps, des financements ponctuels (fonds d'amorçage, budgets extraordinaires, etc.). Ils peuvent être utilisés quand il s'agit de réaliser des projets pilotes ou des projets tests. Des fonds dédiés spécifiquement à ces projets peuvent provenir à la fois de fonds internes au Pôle, mais aussi de fonds cantonaux, fédéraux, internationaux ou être issus de partenariats avec des assureurs, des communes, d'autres institutions de soins et avec des acteurs privés ou publics. Ces fonds peuvent financer différentes composantes des soins intégrés (structure, personnels, etc.). 2. Dans un second temps, lorsque l'objectif est de généraliser les soins intégrés, les modalités de financement doivent devenir pérennes. Au niveau du Pôle, de multiples variantes sont possibles comme des budgets dédiés, des rémunérations pour les activités de coordination, l'adaptation de la comptabilité analytique interne, des systèmes de bonus et d'incitatifs financiers pour favoriser la transversalité des soins. 3. Enfin, lorsque l'objectif est d'assurer la stabilité à long terme, les modalités de financement doivent prendre un caractère pluriannuel. Les coûts récurrents et les investissements prévisionnels doivent alors être financés durablement et ne pas subir les aléas conjoncturels. <p>Les financements dégagés au sein du Pôle (hors financements explicitement octroyés pour des objectifs précis) peuvent financer des emplois ou des projets permettant de libérer du temps de collaborateurs afin que ces derniers puissent développer des projets ou services de soins intégrés (par ex. dans le cadre de groupes de travail ou projets pilotes). Ils peuvent également être dédiés à l'optimisation des technologies de partage de données ou aux systèmes d'information ou à tout autre élément structurant l'intégration des soins.</p>	<p>Exemples concernant la dimension</p> <p>Globalement, la question est de savoir si et comment le Canton a créé et mis en place les conditions cadres (lois, réglementations, directives, bonnes pratiques, dispositifs incitatifs, dispositifs de gestion, etc.) favorables à l'évolution du financement, afin de soutenir et de développer les soins intégrés. Les évolutions peuvent être multiples, comme dans les exemples suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le financement peut avoir différentes sources : internes (issues des budgets du Canton) ou externes (des institutions prestataires de soins, de la Confédération, de fonds internationaux, de fonds publics ou privés, etc.), voire mixtes (partenariats public-privé). - Les modalités de financement des prestations ou projets de soins intégrés doivent être adaptées à la phase de déploiement (projets pilotes versus projets courants). On peut par exemple penser à : <ol style="list-style-type: none"> 1. Dans un premier temps, des financements ponctuels (fonds d'amorçage, prestations dérogatoires, budgets extraordinaires, etc.). Ils peuvent être utilisés quand il s'agit de réaliser des projets pilotes ou des projets tests. Des fonds dédiés spécifiquement à ces projets peuvent provenir à la fois de fonds cantonaux, mais aussi de fonds internationaux, fédéraux, ou se construire dans le cadre de partenariats avec des assureurs, des communes, avec des institutions de soins, avec des acteurs privés ou publics. Ces fonds peuvent financer différentes composantes des soins intégrés (structure, personnels, etc.). 2. Dans un second temps, lorsque l'objectif est de généraliser les soins intégrés, les modalités de financement doivent devenir pérennes. De multiples variantes sont possibles comme des budgets dédiés, des modèles de rémunération et de financement transversaux. Il est notamment question ici du paiement "à la capitation", parfois appelé paiement "à la tête" ou paiement "au suivi" (d'une personne), pour la prise en charge d'un patient sur l'ensemble de son parcours de soins, via un "forfait" qui doit couvrir un périmètre global de soins définis. Celui-ci est généralement opposé à un paiement dit "à l'acte" ("fee-for-service"). D'autres types de financements sont également envisageables comme le paiement dit "à la séquence de soins" ("bundled payment"), pour des pathologies ciblées, pour lesquelles il existe des protocoles ou recommandations détaillées permettant de disposer d'une description fine de la séquence de soins. 3. Enfin, lorsque l'objectif est d'assurer la stabilité à long terme, les modalités de financement doivent prendre un caractère pluriannuel, en plus des modèles de tarification/remboursement adéquats. Les coûts récurrents et les investissements prévisionnels doivent être financés durablement et ne pas subir les aléas conjoncturels. <p>Les financements dégagés par le Canton peuvent être consacrés à financer les nouveaux rôles liés aux projets ou services de soins intégrés, par exemple pour le financement de chefs de projet, de case managers, de coordinateurs de soins, etc. Ils peuvent également être dédiés à l'optimisation des technologies de partage de données ou aux systèmes d'information ou à tout autre élément structurant l'intégration des soins. Enfin, le Canton peut soutenir l'évolution des modèles de financement des assurances obligatoires.</p>

Dans ce contexte, il peut donc apparaître antinomique de restreindre l'évaluation au seul périmètre d'activité des pôles. Ce choix repose sur deux raisons. La première est que les pôles, par construction, réalisent effectivement de l'intégration des soins et de la coopération entre leurs activités puisque les pôles sont le fruit de la fusion (intégration verticale) de plusieurs prestataires de soins. La seconde raison tient à l'objectif managérial de la matrice qui est d'améliorer la gestion et le pilotage de l'intégration des soins du pôle. Il faut donc au pôle une évaluation de sa performance propre et des pistes d'amélioration sur lesquelles il aura pleinement autorité et la capacité à agir, à les mettre en œuvre. Ce sujet a fait l'objet de nombreux échanges au sein de l'équipe de chercheurs ainsi qu'avec les pôles puisque leurs efforts en matière de collaboration avec les autres prestataires sont exclus du diagnostic, malgré le fait qu'ils ont de l'importance. Pour pallier cette limite, il semble nécessaire d'ajouter une 13^{ème} dimension à la matrice SCIROCCO-POLE pour évaluer le niveau de maturité en matière de collaboration / coopération avec d'autres prestataires. Sur le plan scientifique, il est permis de s'interroger sur l'absence d'une telle dimension dans la matrice d'origine. Elle semble toutefois pouvoir s'expliquer si on considère la perspective macro de SCIROCCO, visant l'évaluation soins intégrés d'un système de santé ; ce dernier n'ayant a priori pas à s'intéresser à des collaborations/coopérations avec d'autres systèmes de santé. L'équipe du projet aurait sans doute pu mieux anticiper ce sujet, en questionnant les dimensions. Il s'avère néanmoins qu'un ajout de cette nature nécessite de réaliser un projet de recherche spécifique et conséquent. Sa pertinence devrait également être questionnée, des alternatives plus pertinentes pourraient exister.

Enfin, concernant l'échelle d'évaluation standardisée qui a été élaborée (cf. Tableau 2), elle pourrait également faire l'objet de travaux additionnels. Les retours et l'expérience de son utilisation laisse à penser que la formulation pourrait être améliorée, notamment pour mieux distinguer les niveaux 2 et 3. Plusieurs alternatives pourraient être proposées, y compris sous forme graphique. Ce point nécessiterait également d'être testé à diverses reprises par les évaluateurs en vie réelle.

6 CONCLUSIONS

Malgré l'existence d'outils, l'utilisation des matrices de maturité semble finalement assez peu rependue dans le secteur de la santé et peu connue des managers des établissements et des tutelles. Pourtant, comme souligné dans la conclusion de la note de synthèse de la HAS [26], ce type d'outil apporte une solution aux acteurs pour structurer *a priori* leurs actions dans un but particulier : ici dispenser aux patients une prise en charge intégrée et de qualité. L'opportunité de recourir à ce type d'instrument semble accrue lorsque l'évaluation porte sur un objet (ici leur performance en matière de soins intégrés) où il n'y a pas d'indicateurs simples et circonscrits. En effet, le défaut d'outils d'évaluation conduit à des difficultés dans la prise de décision des acteurs, à des retards délétères, voire à des blocages, tant du côté des prestataires de soins que de celui des organes de gouvernance du système de soins. En outre, les matrices de maturité permettent également, par construction, de guider les acteurs dans le choix des actions qu'ils doivent mettre en place après l'évaluation, sachant que celui-ci est vaste, en particulier sur un sujet dont le périmètre est flou comme celui des soins intégrés. Dans la mesure où les matrices de maturité mobilisent les déterminants clés, ceux-ci constituent de fait un guide des actions à mener pour améliorer la performance. Les exemples de chaque dimension sont des illustrations concrètes de ce qui « devrait être fait idéalement ». Les utilisateurs peuvent ainsi immédiatement identifier ce qui est, ou pas, effectivement réalisé. En conséquence, lorsque tel n'est pas le cas, l'action implicite apparaît immédiatement : celle de traiter le point défaillant. D'un point de vue managérial, ce type d'outil semble donc pertinent puisqu'il apporte des réponses à un double niveau : quel est le niveau de performance et comment, par quelles actions, peut-on l'améliorer.

Le travail d'adaptation de SCIROCCO, bien que relativement conséquent, a été particulièrement riche en matière de recherche et a suscité de nombreux échanges et discussions tant au sein de l'équipe de recherche multidisciplinaire qu'avec les partenaires d'implémentation du projet, et

notamment les pôles de santé. Les échanges ont également permis un apprentissage croisé entre le monde académique et les institutions, sur le concept des soins intégrés, sur les outils et les démarches des chercheurs mais aussi sur la mise en œuvre et les réalités managériales des institutions. Les limites des travaux invitent naturellement à espérer pouvoir poursuivre les réflexions et les évaluations. L'utilisation des matrices SCIROCCO-POLE et SCIROCCO-CANTON entre avril et juin 2023 a permis de confirmer l'important intérêt et l'utilisabilité de ses adaptations. Ces éléments feront l'objet de futures publications. Il a également été possible d'identifier des améliorations et d'autres continuent d'émerger au fur et à mesure que les acteurs s'approprient les résultats.

Ces derniers sont encourageants car ils laissent à penser que ces outils pourraient être utilisés par divers prestataires de soins intégrés dont la nature est similaire à celle des pôles de santé vaudois, et malgré la variabilité des noms qui leurs sont donnés selon les pays. Des décideurs ou des régulateurs non seulement du reste de la Suisse mais également d'autres pays pourraient également mobiliser les outils créés, sous réserve de vérifier également la concordance des prérogatives des institutions visées. Si tel n'est pas le cas, d'autres adaptations sont nécessaires mais elles pourraient être simplifiées compte tenu de la méthode de travail développée et l'expérience acquise que les chercheurs ont mis à disposition [33].

7 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] OCDE/Union européenne. Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. Paris: Organisation de coopération et de développement économique OCDE; 2022. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
- [2] Secrétariat général DFI. Assurance-maladie : la forte augmentation des coûts entraîne une hausse des primes en 2023. Cons Fédéral Portail Gouv Suisse 2022. <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiqués.msg-id-90514.html> (consulté le 20 février 2024).
- [3] Département fédéral de l'intérieur. La forte augmentation des coûts entraîne une nette hausse des primes en 2024. Cons Fédéral Portail Gouv Suisse 2023. <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiqués.msg-id-97889.html> (consulté le 20 février 2024).
- [4] de Mestral C, Petrovic D, Marcus K, Dubos R, Guessous I, Stringhini S. Forgoing Healthcare in Switzerland: Prevalence, determinants and consequences. Bern: Office fédéral de la santé publique OFSP; 2022. <https://www.aramis.admin.ch/Default?DocumentID=69027&Load=true>
- [5] OCDE. Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé. Note de politique économique n°2. OCDE Département des Affaires Économiques; 2010.
- [6] OCDE. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Éditions OCDE; 2023. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- [7] Paris V. Les performances comparées des systèmes de santé. Trib Santé 2012;35:43–9. <https://doi.org/10.3917/seve.035.0043>.
- [8] OCDE. Repenser l'évaluation de la performance des systèmes de santé: Un cadre renouvelé. OECD; 2024. <https://doi.org/10.1787/04e8cdb9-fr>
- [9] OFSP. Politique de la santé : stratégie du Conseil fédéral 2020-2030 2019.
- [10] Vincent C, Staines A. Améliorer la qualité et la sécurité du système de santé suisse. Berne: Office fédéral de la santé publique OFSP; 2019. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-76966.html> (consulté le 20 février 2024)
- [11] Berchtold P, Schusselé Filliettaz S, Zanoni U. Nouvel élan pour les soins intégrés dans les cantons : un guide. Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS; 2019. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/integrierte_versorgung/GDK_Leitfaden_FR_def.pdf
- [12] OMS. Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne : rapport du Secrétariat. Genève: OMS; 2016. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-fr.pdf
- [13] Nolte E, Pitchforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? 2014:46. <https://iris.who.int/handle/10665/332002>

- [14] Bautista MAC, Nurjono M, Lim YW, Dessers E, Vrijhoef HJ. Instruments Measuring Integrated Care: A Systematic Review of Measurement Properties. *Milbank Q* 2016;94:862–917. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12233>
- [15] Grooten L, Borgermans L, Vrijhoef HJM. An Instrument to Measure Maturity of Integrated Care: A First Validation Study. *Int J Integr Care* 2018;18:10. <https://doi.org/10.5334/ijic.3063>
- [16] Hughes G, Shaw SE, Greenhalgh T. Rethinking Integrated Care: A Systematic Hermeneutic Review of the Literature on Integrated Care Strategies and Concepts. *Milbank Q* 2020;98:446–92. [doi: 10.1111/1468-0009.12459](https://doi.org/10.1111/1468-0009.12459)
- [17] Nuño Solinís R, Stein KV. Measuring Integrated Care – The Quest for Disentangling a Gordian Knot. *Int J Integr Care* 2016;16:18. [doi: 10.5334/ijic.2525](https://doi.org/10.5334/ijic.2525).
- [18] Rocks S, Berntson D, Gil-Salmerón A, Kadu M, Ehrenberg N, Stein V, et al. Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. *Eur J Health Econ HEPAC Health Econ Prev Care* 2020;21:1211–21. [doi: 10.1007/s10198-020-01217-5](https://doi.org/10.1007/s10198-020-01217-5)
- [19] Schusselé Fillietaz S, Berchtold P, Kohler D, Peytremann-Bridevaux I. Integrated care in Switzerland: Results from the first nationwide survey. *Health Policy* 2018;122:568–76. [doi: 10.1016/j.healthpol.2018.03.006](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.006).
- [20] Kodner DL. All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthc Q* 2009;13 Spec No:6–15. [doi: 10.12927/hcq.2009.21091](https://doi.org/10.12927/hcq.2009.21091)
- [21] Monod S, Pin S, Levy M, Grandchamp C, Mariétan X, Courvoisier N. 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; 2024. [DOI : 10.16908/issn.1660-7104/354](https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/354)
- [22] Whitehouse D, Lange M, Henderson D, Pavlickova A. SCIROCCO, D2.3-Layman-Version-of-The-Final-Report - WP2 Dissemination and Exploitation. European Union; 2019. <https://scirocco-project.eu/wp-content/uploads/2019/10/D2.3-Layman-version-of-final-report-Final-V1.1.pdf>
- [23] Peytremann-Bridevaux I, Schusselé Fillietaz S, Berchtold P, Grossglauser M, Pavlickova A, Gilles I. Healthcare system maturity for integrated care: results of a Swiss nationwide survey using the SCIROCCO tool. *BMJ Open* 2021;11:e041956. [doi: 10.1136/bmjopen-2020-041956](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041956)
- [24] McBride T. Organisational theory perspective on process capability measurement scales. *J Softw Maint Evol Res Pract* 2010;22:243–54. <https://doi.org/10.1002/spip.440>
- [25] Wendler R. The maturity of maturity model research: A systematic mapping study. *Inf Softw Technol* 2012;54:1317–39. DOI: [10.1016/j.infsof.2012.07.007](https://doi.org/10.1016/j.infsof.2012.07.007)
- [26] HAS. Matrices de maturité en soins primaires ; note de synthèse. Saint-Denis La Plaine-France: 2012. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/matrices_de_maturite_en_soins_primaires_note_de_synthese.pdf
- [27] HAS. Matrice de maturité en soins primaires Pacte ; Guide d’utilisation. HAS. 2018. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-10/matrice_de_maturite_-_guide_utilisation.pdf
- [28] DGOS. PHARE - Performance hospitalière pour des achats responsables - Méthodologie d’élaboration d’un Plan d’Actions Achat de Territoire (PAAT) - Kit de déploiement 2016. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_phare_paat_kit_appui.pdf
- [29] Blondiau A, Mettler T, Winter R. Designing and implementing maturity models in hospitals: An experience report from 5 years of research. *Health Informatics J* 2016;22:758–67. [doi: 10.1177/1460458215590249](https://doi.org/10.1177/1460458215590249)
- [30] Henderson DH, Pavlickova A, Lewis L. Scalability and transferability of good practices in Europe: What does it take? *Int J Integr Care* 2016;16:191. <https://doi.org/10.5334/ijic.2739>.
- [31] Grooten L, Vrijhoef HJM, Calciolari S, Ortiz LGG, Janečková M, Minkman MMN, et al. Assessing the maturity of the healthcare system for integrated care: testing measurement properties of the SCIROCCO tool. *BMC Med Res Methodol* 2019;19:63. <https://doi.org/10.1186/s12874-019-0704-1>
- [32] Grooten L, Alexandru C-A, Alhambra-Borrás T, Anderson S, Avolio F, Valia Cotanda E, et al. A scaling-up strategy supporting the expansion of integrated care: a study protocol. *J Integr Care* 2019;27:215–31. <https://doi.org/10.1108/JICA-04-2018-0029>
- [33] Mathy C, Bosisio F, Majo J, Campisi D, Wampler A. SCIROCCO-POLE et SCIROCCO-CANTON. Guide d’utilisation de deux matrices d’évaluation du degré de maturité des soins intégrés. Version 1. Haute école d’ingénierie et de gestion du canton de Vaud, HES-SO; 2024 mars. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10817836>