

# SCIROCCO-POLE & SCIROCCO-CANTON

---

## Guide d'utilisation de deux matrices d'évaluation du degré de maturité des soins intégrés

Version 1

# SCIROCCO-POLE & SCIROCCO-CANTON

## Résumé

Le présent document constitue un guide d'utilisation de deux matrices de maturité de l'intégration des soins. L'une est à l'usage d'un prestataire de soins (comme un Pôle Santé vaudois) : SCIROCCO-POLE. L'autre est à l'usage d'un canton suisse (ou un équivalent) : SCIROCCO-CANTON. Le guide traite principalement de SCIROCCO-POLE mais la mise en œuvre de SCIROCCO-CANTON peut être naturellement déclinée sur la même base.

Ces deux matrices s'appuient sur la structure de la matrice de maturité « Scaling Integrated Care in Context » (SCIROCCO). Développée dans le cadre d'un projet européen, elle vise à évaluer l'intégration des soins d'un système de santé national ou régional. L'intérêt des matrices de maturité est d'être un outil relativement simple et pragmatique de gestion et de pilotage. En effet, de par leur nature, elles permettent de réaliser un diagnostic qui, en creux, identifie les éléments clés d'une stratégie d'amélioration. Cette dernière peut ensuite être élaborée en utilisant une feuille de route, détaillée avec des plans d'actions précis.

Les deux matrices décrites dans le guide, à savoir SCIROCCO-POLE et SCIROCCO-CANTON, ont été développées dans le cadre d'un projet de recherche appliquée qui a rassemblé deux équipes de recherche, spécialistes du management et de la gestion dans le secteur de la santé, et les trois Pôles Santé vaudois.

Les objectifs de ce document sont triples :

1. Présenter la démarche méthodologique qui a conduit à élaborer les deux matrices de maturité ;
2. Mettre à disposition des lecteurs ces deux matrices ;
3. Transmettre l'expérience acquise lors de la mise en œuvre de la phase d'évaluation.

Concernant le 3ème objectif, le guide explicite de manière détaillée les ressources nécessaires ainsi que les différentes phases d'un tel processus. Pour chaque phase, il détaille les objectifs, les actions à réaliser, des recommandations sur lesquelles s'appuyer, les responsabilités des acteurs et les livrables attendus.

**Mots clés : soins intégrés, matrice de maturité, gestion, prestataire de soins, évaluation, performance**

## Abstract

This document serves as a guide for utilizing two maturity matrices designed for integrated care assessment. One matrix, SCIROCCO-POLE, targets care providers such as the Pôles Santé Vaudois, while the other, SCIROCCO-CANTON, is tailored for use by Swiss cantons or equivalents. While the guide primarily focuses on SCIROCCO-POLE, the adaptation of SCIROCCO-CANTON follows a similar approach.

Both matrices are structured based on the «Scaling Integrated Care in Context» (SCIROCCO) maturity matrix, developed as part of a European project to evaluate care integration within national or regional healthcare systems. The benefit of such maturity matrices lies in their simplicity and practicality as management and steering tools. They facilitate diagnosis, pinpointing key areas for improvement, and subsequently enable the development of detailed improvement strategies with precise action plans.

The development of SCIROCCO-POLE and SCIROCCO-CANTON stemmed from an applied research project involving two specialized healthcare management research teams and three Vaud care providers (Pôles Santé Vaudois)

This document aims to achieve three objectives:

1. Presenting the methodological approach leading to the development of the two maturity matrices.
2. Providing access to these matrices for readers.
3. Sharing the experience gained during the assessment phase implementation.

In addressing the third objective, the guide elaborates on the required resources and various phases of the assessment process. Each phase is outlined with its objectives, actions, recommended bases, responsibilities of stakeholders, and anticipated deliverables.

**Key words: integrated care, maturity matrix, management, care provider, evaluation, performance**

# Auteurs

**Rédaction (par ordre alphabétique)** : Francesca Bosisio, David Campisi, Jocelyne Majo, Caryn Mathy, Audrey Wampler (HEIG-VD, HES-SO)

**Relecture (par ordre alphabétique)** : Isabelle Peytreman-Bridevaux (Unisanté), Pierre Stadelmann (HEIG-VD, HES-SO), Chiara Storari (Unisanté)

**Mise en page** : Thomas Bercht (HEIG-VD, HES-SO)

## Référencement du document :

Mathy, C., Bosisio, F., Majo, J., Campisi, D. & Wampler, A. (2024).

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.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10817836>

**Contact** : Professeure Caryn MATHY

**Adresse** : 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

**Mail** : [caryn.mathy@heig-vd.ch](mailto:caryn.mathy@heig-vd.ch)

# Financement

Le projet SCIROCCO-POLE est un projet d'innovation soutenu par Innosuisse :  
<https://www.aramis.admin.ch/Grunddaten/?ProjectID=51080>

# Remerciements

Ce projet n'aurait pas vu le jour sans la contribution des personnes et institutions suivantes, que nous tenons à remercier chaleureusement :

- Les membres des Comités de direction, des organes de gouvernance et le personnel des Pôles Santé : Réseau Santé Balcon du Jura (RSBJ), Pôle Santé Vallée de Joux (PSVJ), Pôle Santé Pays-d'Enhaut (PSPE)
- Les personnes qui ont soutenu le projet dès sa conception avec des lettres d'intérêt : la Direction générale de la santé vaudoise (DGS), la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV), le Réseau Santé Nord Broye, le Réseau Santé Haut-Léman, l'Association professionnelle vaudoise des institutions médico-psycho-sociales (HévivA) et l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD)
- Les testeurs des deux matrices SCIROCCO-POLE et SCIROCCO-CANTON
- Les personnes qui ont participé aux diagnostics des Pôles et du Canton
- Les collaboratrices de recherche et administrative



# Table des matières

<b>1.</b>	<b>INTRODUCTION</b>	<b>4</b>
1.1	Objectifs du guide	4
1.2	Deux matrices de maturité pour piloter l'intégration des soins	5
1.3	Publics cibles du guide utilisateur	5
1.4	Structure du guide	5
<b>2.</b>	<b>SCIROCCO-POLE ET SCIROCCO-CANTON : POINTS CLÉS</b>	<b>6</b>
2.1	Contexte du projet SCIROCCO-POLE	6
2.2	Outil SCIROCCO : une matrice de maturité	7
2.3	Variante SCIROCCO-POLE et SCIROCCO-CANTON : précautions d'emploi	8
2.4	Caractéristiques clés de SCIROCCO-POLE et de SCIROCCO-CANTON	9
<b>3.</b>	<b>GESTION ET ACCOMPAGNEMENT D'UNE ÉVALUATION SCIROCCO-POLE</b>	<b>13</b>
3.1	Composition et rôles de l'équipe	13
3.2	Positionnement de l'équipe dans le processus d'évaluation	15
3.3	Temps mis à disposition de l'équipe	15
3.4	Calendrier et livrables	16
<b>4.</b>	<b>MISE EN ŒUVRE DE SCIROCCO-POLE</b>	<b>17</b>
4.1	Etape 1 : préparation	18
4.2	Etape 2 : questionnaire pour la phase d'évaluation individuelle	22
4.3	Etape 3 : information et formation des évaluateurs	24
4.4	Etape 4 : récolte des évaluations individuelles	27
4.5	Etape 5 : réunions de consensus	30
4.6	Etape 6 : diagnostic et suite	34
<b>5.</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>37</b>
<b>6.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>38</b>
<b>7.</b>	<b>GLOSSAIRE</b>	<b>40</b>
<b>8.</b>	<b>ANNEXES</b>	<b>41</b>
8.1	Annexe 1 : questionnaire SCIROCCO-POLE	41
8.2	Annexe 2 : questionnaire SCIROCCO-CANTON	62

# 1. Introduction

## 1.1 OBJECTIFS DU GUIDE

Ce document décrit la méthodologie utilisée pour évaluer le degré de maturité de l'intégration des soins<sup>1</sup> de Pôles Santé vaudois\* dans le cadre d'un projet piloté par la HEIG-VD, avec une expertise d'Unisanté et un financement d'Innosuisse entre 2022 et 2024<sup>2</sup>. Ce projet a été déployé dans trois pôles de santé du Canton de Vaud, à savoir le Pôle Santé du Pays-d'Enhaut (PSPE), le Pôle Santé Vallée de Joux (PSVJ) et le Réseau Santé Balcon du Jura (RSBJ). Une évaluation de la maturité de l'intégration des soins au sein du Canton de Vaud est venue compléter cette démarche.

Ainsi, les **objectifs** du présent guide sont de :

- 01** Présenter la démarche méthodologique utilisée pour mesurer la maturité de l'intégration des soins mise en œuvre par des organisations de santé\* (institutions\* ou cantons\*) grâce à deux matrices de maturité\* créées à cet effet, à savoir SCIROCCO-POLE et SCIROCCO-CANTON.
- 02** Mettre à disposition des lecteurs ces deux matrices
- 03** Accompagner leur implémentation et partager l'expérience acquise par l'ensemble des partenaires lors de la mise en œuvre.



Image d'illustration

**A cet effet, ce guide se focalise sur la démarche globale mais ne présente pas l'ensemble des outils qui ont été utilisés à chaque étape. Ceux-ci peuvent être consultés sur demande.**

En outre, ce guide traite principalement de l'outil SCIROCCO-POLE. La mise en œuvre de l'outil SCIROCCO-Canton peut toutefois être déclinée sur la même base. Nous attirons l'attention des lecteurs<sup>3</sup> sur le fait que des versions ultérieures, des addendum du guide ou des articles scientifiques, pourraient être publiés dans les années à venir.

<sup>1</sup> Les mots avec astérisque (\*) sont définis dans le glossaire.

<sup>2</sup> Cf. <https://www.aramis.admin.ch/Grunddaten/?ProjectID=51080&Sprache=fr-CH>, consulté le 23 février 2024

<sup>3</sup> Ce document adopte une approche linguistique non épïcène, tout en préservant une formulation équilibrée et précise, sans préjuger des genres.

## 1.2 DEUX MATRICES DE MATURITÉ POUR PILOTER L'INTÉGRATION DES SOINS

Deux variantes de la matrice « Scaling Integrated Care in Context » (SCIROCCO), produite par un groupe de travail de la Commission européenne<sup>4</sup>, ont été développées pour mesurer la maturité de l'intégration des soins dans le cadre de ce projet. Les deux variantes créées sont :

- **SCIROCCO-POLE**, destinée à évaluer la maturité de l'intégration des soins au niveau de pôles de santé ou prestataires de soins comparables.
- **SCIROCCO-CANTON**, destinée à évaluer la maturité de l'intégration des soins au sein de cantons suisses ou organes de gouvernance aux compétences comparables.

Dans les deux cas, il s'agit d'outils de gestion et de pilotage en matière de soins intégrés. En effet, leur principe est celui d'une matrice de maturité (ou modèle de maturité) qui permet d'établir un diagnostic du niveau de maturité (sur une échelle de 0 à 5) sur des thématiques prédéfinies.

L'analyse permet d'aboutir à un diagnostic réalisé à un moment donné. Ce diagnostic n'est cependant pas une fin en soi, au contraire il doit permettre d'identifier les pistes d'amélioration possibles. Ces outils permettent de caractériser la situation d'origine et de mieux se projeter dans le futur (par exemple via une feuille de route et des plans d'actions), puis de refaire un diagnostic après quelques années pour mesurer les évolutions.

## 1.3 PUBLICS CIBLES DU GUIDE UTILISATEUR

Le présent guide d'utilisation est destiné aux publics suivants :

- Membres de la direction d'institutions de soins ou de santé ou de conseils d'administration ou de fondations / associations.
- Professionnels en charge des soins intégrés, responsables et cadres de santé communautaire ou de l'organisation d'un système de santé au sein des institutions de santé ou des cantons.
- Chercheurs ou consultants spécialisés dans les domaines du management du secteur de la santé ou de la santé publique.

## 1.4 STRUCTURE DU GUIDE

Le lecteur pourra prendre connaissance des différentes parties traitées dans ce guide en se référant à la table des matières. De plus, afin de faciliter l'utilisation du guide, le lecteur pourra s'appuyer sur une structure répétitive dans la partie « Mise en œuvre de SCIROCCO-POLE » (Section 4), qui précise systématiquement les points suivants :

- Objectifs
- Actions
- Recommandations
- Responsabilités
- Livrables

<sup>4</sup> Cf. [www.sciroccoexchange.com/maturity-model](http://www.sciroccoexchange.com/maturity-model), consulté le 02 mai 2024

## 2. SCIROCCO-POLE ET SCIROCCO-CANTON : POINTS CLÉS

### 2.1 CONTEXTE DU PROJET SCIROCCO-POLE

Le système de santé suisse, malgré des dépenses s'élevant à 11,8% du PIB en 2021 (OCDE/Union européenne, 2022), suscite des interrogations quant à sa performance. Des améliorations sont envisageables, notamment en termes d'accès aux soins, d'équité et de qualité des soins, de satisfaction des patients et de durabilité écologique et financière (OCDE, 2010, 2023; OCDE & OMS, 2011).

Comme dans de nombreux pays industrialisés, l'intégration des soins au niveau d'une région constitue une piste prometteuse dans le but d'améliorer la performance du système de soins (Berchtold et al., 2019; OFSP, 2019). Pour cette raison, le Canton de Vaud a créé quatre réseaux de santé puis, entre 2015 et 2018, trois Pôles Santé qui sont le résultat de fusions d'institutions de soins diverses.

Les Pôles Santé vaudois sont donc des prestataires de soins à proprement parler (contrairement aux quatre Réseaux Santé vaudois qui sont des institutions de santé dont la principale mission est de promouvoir la collaboration interinstitutionnelle au niveau régional dans le but d'améliorer la coordination des soins et l'orientation des usagers dans le système de santé). Les pôles délivrent ainsi, au sein d'une même structure juridique, des soins de première et deuxième ligne. Implantés dans des zones excentrées de montagne, ils restent relativement modestes, comparativement aux grands centres de soins urbains : le volume et le type de prestations qu'ils délivrent sont limités tout comme la population qu'ils prennent en charge ainsi que les financements dont ils bénéficient. Malgré tout, la question de l'évaluation de leur performance et de leurs résultats est posée de manière récurrente par l'ensemble des parties prenantes (cantons, communes, acteurs du système de santé, communauté scientifique, etc.) et constitue un frein à leur développement, voire à leur pérennisation.

L'évaluation de la performance des soins intégrés dépasse largement le contexte des Pôles Santé vaudois comme en témoignent les nombreux travaux scientifiques sur le sujet. Ces derniers mentionnent des difficultés et des limites importantes notamment en raison de l'absence de définition consensuelle<sup>5</sup>, de la variabilité du périmètre des soins intégrés évalués, des délais pour démontrer les bénéfices, et de la disponibilité des données (Bautista et al., 2016; Grooten et al., 2018; Hughes et al., 2020; Nolte & Pitchforth, 2014; Nuño Solinís & Stein, 2016).

Le projet SCIROCCO-POLE s'insère dans le contexte de l'évaluation de la performance, au sens large du terme, des soins intégrés au sein de pôles de santé.

<sup>5</sup> L'OMS (OMS, 2016, p.2), les définit 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 (Kodner, 2009) les définit quant à lui 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 ».

## 2.2 OUTIL SCIROCCO : UNE MATRICE DE MATURITÉ

Dans ce contexte, l'outil « Scaling Integrated Care in Context » (SCIROCCO) de la Commission Européenne a été développé pour évaluer l'état de préparation et la capacité d'une organisation, d'un pays et/ou d'une région à adopter et à développer des solutions de soins intégrés en recueillant les perceptions des parties prenantes sur les progrès actuels en matière d'intégration (Whitehouse et al., 2019). Cet outil évalue ainsi le niveau de maturité des systèmes de santé en termes de soins intégrés au travers de 12 thématiques (Grooten et al., 2018).

SCIROCCO a été utilisé dans plus d'une douzaine de pays ou régions de santé, ainsi qu'en Suisse (Peytremann-Bridevaux et al., 2021), et il est traduit dans une dizaine de langues, dont le français.

Plus généralement, 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 dans l'ingénierie logicielle, elles sont aujourd'hui mobilisées dans de nombreux domaines d'activité (McBride, 2010; Wendler, 2012).

Le concept est aussi bien utilisé pour mesurer l'expérience et le progrès relatif d'une organisation que pour évaluer 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 primaires (OMS, 2016), la matrice de maturité du travail en équipe de professionnels de la santé intégrant le patient (HAS, 2018) ou encore la matrice de maturité de la fonction achats hospitaliers (DGOS, 2016).

Comme toutes matrices de maturité, SCIROCCO s'appuie sur des thématiques (ou dimensions) qui représentent des déterminants clés de la maturité dans un domaine donné. Dans le contexte de l'intégration des soins au sein d'un système de santé, la matrice SCIROCCO comporte 12 thématiques (voir Tableau 1).

Le niveau de maturité est évalué pour chaque thématique sur une échelle de 0 à 5 (0 étant le minimum et 5 le maximum). Pour ce faire, chaque thématique est explicitée et des exemples emblématiques de la variabilité de la maturité concernant la thématique sont présentés. La représentation des résultats peut être faite sur un diagramme en « radar » (ou « toile d'araignée »), comme présenté dans la figure qui suit.

**Tableau 1 : 12 dimensions de SCIROCCO**



- 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

## 2.3 VARIANTES SCIROCCO-POLE ET SCIROCCO-CANTON : PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

La matrice SCIROCCO d'origine n'est pas adaptée à une utilisation au niveau d'une institution de soins, tel un pôle de santé, ou d'une organisation de soins, telle une administration cantonale. En effet, SCIROCCO a été conçu pour l'analyse d'un système de santé à un niveau national ou régional, pris avec l'ensemble des prestataires et des administrations qui en assurent la gouvernance. Dans notre cas, l'acteur considéré (Pôle Santé) intègre les soins dans un périmètre plus restreint et sa capacité d'action se limite à celle de son entité juridique et aux autorisations d'activités dont il dispose. En ce qui concerne l'administration cantonale vaudoise, elle a la charge de piloter les prestataires de soins sur son territoire mais ne dispose pas non plus d'une totale capacité d'action, dans la mesure où certaines prérogatives relèvent de la Confédération. Pour ces deux raisons, il est nécessaire d'adapter l'outil d'origine.

Sur la base de ce constat, deux variantes de SCIROCCO ont été développées : SCIROCCO-POLE et SCIROCCO-CANTON. Ces deux variantes ont un objectif identique à celui de SCIROCCO : mesurer la maturité de l'intégration des soins au niveau des pôles, respectivement du canton, et donc réaliser un diagnostic de la situation à une date donnée. Les thématiques à évaluer restent les mêmes mais elles sont déclinées différemment dans chacune des deux matrices. En d'autres termes, les thématiques de l'outil SCIROCCO sont décrites et assorties d'exemples correspondant à la nature et aux missions de l'acteur, pôles ou canton, concerné :

1. Un pôle de santé, pour SCIROCCO-POLE, c'est-à-dire une institution qui intègre différentes prestations de soins et qui dispose de prérogatives en matière de gouvernance.
2. Un canton, pour SCIROCCO-CANTON, c'est-à-dire l'entité en charge de la gestion et du pilotage de son système de santé dans son périmètre géographique.

Compte tenu de ce qui précède, nous recommandons d'utiliser la matrice SCIROCCO-POLE telle quelle, dès lors que le prestataire de soins concerné est similaire à un Pôle Santé vaudois dans ses missions et prérogatives. Il en va de même pour la matrice SCIROCCO-CANTON qui peut être utilisée pour tous les cantons suisses.

En cas de doute, il est recommandé de vérifier la pertinence de l'usage de la matrice pour l'organisation de santé visée par l'évaluation. Nous suggérons une lecture poussée de la totalité des explications et exemples fournis pour chaque thématique (voir annexes) et une vérification des deux points suivants :

- L'organisation concernée a la capacité (en tout cas théorique) de mettre en place les activités mentionnées pour chaque thématique.
- Les tâches décrites et assorties d'exemples de chaque thématique relèvent bien de ses prérogatives.

Si ces deux conditions sont remplies, la matrice (SCIROCCO-POLE ou SCIROCCO-CANTON) peut être utilisée sans adaptation. Il est néanmoins possible de compléter la partie « Exemples » de chaque thématique puisque ceux-ci ne sont pas exhaustifs et sont spécifiques aux Pôles Santé vaudois, respectivement au Canton de Vaud.

Si ces deux conditions ne sont pas totalement remplies, il faut envisager de modifier les deux matrices. Dans ce cas, il est recommandé de prévoir un travail de fond nécessitant un temps additionnel important et d'avoir recours à une expertise académique, par exemple d'une Haute Ecole Spécialisée ou Universitaire (en Gestion ou Economie notamment). En effet, des modifications considérées a priori marginales pourraient péjorer la cohérence de l'outil et la qualité de l'analyse globale.

## 2.4 CARACTÉRISTIQUES CLÉS DE SCIROCCO-POLE ET DE SCIROCCO-CANTON

Lors de l'analyse du contenu de chacune des 12 thématiques, plusieurs éléments ont été questionnés par l'équipe de recherche. En particulier, il est ressorti que SCIROCCO n'était pas toujours structuré de manière identique et complète concernant les trois éléments clés de chaque thématique : explications de la thématique, exemples et échelle de niveau de maturité. En outre, les niveaux de maturité posaient plusieurs problèmes : ils n'étaient pas toujours mutuellement exclusifs (par exemple, pour certaines thématiques, deux niveaux distincts pouvaient être cotés) ou la progression de l'échelle n'était pas claire ou l'échelle se concentrait uniquement sur certains aspects de la thématique et en négligeait d'autres.

Pour pallier ces limites, un important travail d'adaptation et de modification a été entrepris pour les variantes SCIROCCO-POLE et SCIROCCO-CANTON.

### 2.4.1 STRUCTURE ET RÈGLES DE CONSTRUCTION DE SCIROCCO-POLE ET SCIROCCO-CANTON

Un travail de systématisation de la structure de la matrice a été réalisé, d'une part, pour assurer une meilleure cohérence de la matrice et, d'autre part, pour faciliter la lecture et les réflexions des évaluateurs. Ainsi, quelle que soit la thématique concernée, la matrice se présente toujours de la même manière. Elle détaille par thématique :

- 01 Les explications de la thématique :** celles-ci ont été opérationnalisées de manière à rendre le concept sous-jacent plus tangible.
- 02 Les exemples relatifs à la thématique :** ceux-ci ont été contextualisés spécifiquement à la matrice considérée, soit SCIROCCO-POLE, soit SCIROCCO-CANTON.
- 03 L'échelle de maturité :** celle-ci a été décontextualisée de manière à être utilisable quelle que soit la thématique évaluée et la matrice utilisée. Ainsi l'évaluateur peut plus rapidement identifier le niveau de maturité adéquat.

**Ces éléments sont illustrés dans les tableaux qui suivent.**

Le Tableau 2 correspond à un extrait de la thématique « Financement ». Seuls certains éléments distinctifs sont représentés ici afin de souligner des différences clés entre la matrice SCIROCCO-POLE versus SCIROCCO-CANTON. Le lecteur pourra retrouver la totalité des éléments de cette thématique en annexe.

NB : Dans les matrices présentées en annexe, ainsi que dans l'extrait ci-dessous, le terme initial « dimension » est remplacé par « thématique ». Il est en effet apparu que les évaluateurs ne sont pas familiers du terme utilisé en recherche (i.e. « dimension ») et que cette alternative est plus parlante pour eux.

## Tableau 2 : SCIROCCO POLE / CANTON – Extraits choisis de la thématique « Financement »

**Explication de la thématique :** Changer le système de prise en charge des patients et développer les soins intégrés nécessite 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.

### PÔLE

#### Exemples concernant la thématique :

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. (...)

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. (...)

Les financements dégagés au sein du Pôle 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.

### CANTON

#### Exemples concernant la thématique :

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. (...)

De multiples variantes sont possibles comme des budgets dédiés ou des modèles de rémunération et de financement transversaux. Il est notamment question ici du paiement « à la capitation » (...), via un « forfait » qui doit couvrir un périmètre global de soins définis. (...) D'autres types de financements sont également envisageables comme le paiement dit « à la séquence de soins » (« bundled payment »), pour des pathologies ciblées. (...)

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.

Le Tableau 3 correspond à l'échelle des 6 niveaux de maturité, utilisée dans la matrice : 0 (minimum) à 5 (maximum). Dans le tableau, les éléments apparaissant entre parenthèses en **rouge**, **bleu** ou **vert** sont utilisés pour identifier les éléments variant d'une matrice ou d'une dimension à l'autre. L'échelle reste sinon strictement identique sur l'ensemble des 12 thématiques, tant pour la matrice des Pôles que pour celle du Canton.

### Tableau 3 : Echelle de maturité SCIROCCO-POLE et SCIROCCO-CANTON

**Echelle de maturité** – Concernant des prestations ou des projets de soins intégrés / En matière de mise en œuvre de soins intégrés,

ÉCHELLE DE MATURITÉ	<b>0</b>	Il n'existe pas de reconnaissance au niveau du ( <b>Pôle / Canton</b> ) de la nécessité de préciser / changer / adapter ( <b>la thématique</b> ).
	<b>1</b>	( <b>La thématique</b> ) est reconnue comme stratégique au niveau du ( <b>Pôle / Canton</b> ) 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.
	<b>2</b>	( <b>La thématique</b> ) est reconnue comme stratégique au niveau du ( <b>Pôle / Canton</b> ). Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; ( <b>la thématique</b> ) émerge / se concrétise / est mise en œuvre de manière limitée, localement, ponctuellement ou partiellement.
	<b>3</b>	( <b>La thématique</b> ) est reconnue comme stratégique au niveau du ( <b>Pôle / Canton</b> ). Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; ( <b>la thématique</b> ) est progressivement mise en œuvre / se généralise progressivement / se concrétise progressivement au niveau du / sur l'ensemble du ( <b>Pôle / Canton</b> ).
	<b>4</b>	( <b>La thématique</b> ) est reconnue comme stratégique au niveau du ( <b>Pôle / Canton</b> ). Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; ( <b>la thématique</b> ) se concrétise (quasiment) complètement / est mise en œuvre de manière (quasiment) généralisée au niveau / sur l'ensemble du ( <b>Pôle / Canton</b> ).
	<b>5</b>	( <b>La thématique</b> ) est reconnue comme stratégique au niveau du ( <b>Pôle / Canton</b> ). Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; ( <b>la thématique</b> ) est mise en œuvre de manière généralisée au niveau du ( <b>Pôle / Canton</b> ), de manière proactive, dans une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.

Dans le cadre de ce projet, une échelle d'auto-évaluation de l'expertise de l'évaluateur a été ajoutée à la suite de chaque thématique, lors de la phase d'évaluation individuelle (voir section 4.3.2.2). Cet élément – additionnel à l'outil d'origine – est une échelle permettant à l'évaluateur d'auto-évaluer son niveau de connaissances ou d'expérience selon quatre alternatives : pas de connaissances ou expériences ; peu de connaissances ou expériences ; certaines connaissances ou expériences ; beaucoup de connaissance ou expériences. Elle a permis aux évaluateurs de faire état de leurs doutes ou inquiétudes quant à leur capacité / légitimité à évaluer certaines thématiques et à moduler les discussions lors des phases suivantes. Ces auto-évaluations, réalisées uniquement lors des évaluations individuelles, n'ont donc pas été utilisées lors des réunions de consensus.

## 2.4.2 LIMITES DE SCIROCCO-POLE ET SCIROCCO-CANTON

Les adaptations de la matrice SCIROCCO au contexte d'utilisation spécifique des Pôles Santé / Canton ont été l'occasion d'apporter des améliorations. Celles-ci sont sans aucun doute perfectibles ou discutables.

Nous avons notamment identifié les éléments suivants :

Concernant l'échelle d'évaluation (cf. Tableau 3) : des travaux additionnels pourraient être menés pour identifier des alternatives, notamment pour mieux distinguer les niveaux 2 et 3.

- Concernant les explications et les exemples des thématiques : ils sont directement liés au périmètre des soins intégrés pratiqués par des prestataires de soins tels les pôles de santé (respectivement par un canton). Un élargissement du périmètre pris en considération doit donc, d'une manière générale, impliquer une révision des exemples des thématiques, voire de son explication.
- Plus spécifiquement, sans écarter l'aspect social, l'équipe de recherche a choisi de mettre l'accent sur l'intégration des soins dans les matrices SCIROCCO-POLE et SCIROCCO-CANTON, même si les définitions des soins intégrés considèrent un continuum total entre le soin et le social. Ainsi, l'aspect social n'a ici été pris en considération que dans la mesure où il participe à l'activité de soin. Ce choix a été réalisé dans un souci de pragmatisme et compte tenu du contexte du système de santé suisse et de celui du projet, où un tel degré d'intégration est inexistant. Le choix inverse (conserver l'aspect social) aurait conduit à évaluer les 12 thématiques à des niveaux compris entre 0 et 2 et aurait appauvri le diagnostic : il n'aurait pas été possible d'identifier clairement les réalisations existantes en matière de soins intégrés et les possibles améliorations. Ce choix reste discutable et, dans tous les cas, conduit à être attentif et à préciser clairement le périmètre de l'objet de l'évaluation, voire à adapter en conséquence le contenu des matrices.
- Concernant l'utilisation de la matrice pour des prestataires de soins (pôles), il convient de limiter l'évaluation aux activités qui sont réalisées en « interne », au sein de la structure juridique. En effet, le diagnostic doit être un tremplin pour agir et piloter l'intégration des soins. Si l'évaluation porte sur des prestataires dans lesquels le pôle n'a pas de pouvoir de décision, le diagnostic perd de son intérêt puisque les prestataires, juridiquement indépendants, peuvent choisir de refuser de participer à l'amélioration du diagnostic. Cette contrainte empêche de prendre en considération des prestations qui se situent au-delà du rayon d'action de prestataires tels les pôles alors même que ces derniers collaborent formellement avec des prestataires « externes » et que l'intégration des soins dépasse leur entité juridique et les activités qui y sont réalisées. Ce sujet a fait l'objet de nombreux échanges au sein de l'équipe de recherche ainsi qu'avec les Pôles Santé puisque leurs efforts en matière de collaboration avec les autres prestataires sont exclus du diagnostic. Pour pallier cette limite, une solution pourrait être d'évaluer le niveau de maturité en matière de collaborations avec d'autres prestataires au travers d'une 13ème thématique.

## 3. GESTION ET ACCOMPAGNEMENT D'UNE ÉVALUATION SCIROCCO-POLE

La mise en œuvre d'un diagnostic SCIROCCO-POLE nécessite un accompagnement conséquent. Pour que le projet soit correctement mené, nous recommandons d'être attentif, d'une part, à la constitution de l'équipe qui gèrera et accompagnera le projet et, d'autre part, au phasage du projet.

### 3.1 COMPOSITION ET RÔLES DE L'ÉQUIPE

Afin d'optimiser la qualité du travail requis, il est important de constituer une équipe structurée, expérimentée et disposant de compétences spécifiques.

**Quatre rôles sont idéalement requis, qui peuvent être répartis entre deux ou trois personnes si besoin :**

#### 01 UN RÔLE DE RESPONSABLE DU PROJET

La personne tenant ce rôle aura la charge du projet dans sa totalité. Il s'agit donc d'une personne disposant d'une expérience avérée en matière de gestion de projet et d'outils de gestion. Elle devra donc :

- Maitriser les objectifs, les enjeux et défis du projet.
- Pouvoir mobiliser les acteurs impliqués ou bénéficier d'une délégation claire pour le faire.
- Connaître globalement le sujet de l'évaluation, le concept des soins intégrés, les points clés de la matrice, etc.

#### 02 UN RÔLE DE RÉFÉRENT ET NOTATEUR

Cette personne doit être l'expert de SCIROCCO-POLE. Elle doit connaître l'outil en profondeur, tant sur la forme que sur le fond, et pouvoir le mettre en œuvre dans différents contextes. Plus généralement, elle doit posséder une connaissance certaine du management des institutions de santé et du système de santé, des thématiques complexes dans le secteur de la santé et des soins intégrés. Concrètement, elle doit :

- Prendre en note les arguments des évaluateurs, de manière pertinente et précise, pour que celles-ci reflètent clairement les arguments expliquant le diagnostic.
- Comprendre le vocabulaire technique utilisé par les évaluateurs ou, le cas échéant, être capable de le comprendre aisément après demande de clarification.
- Pouvoir répondre à toutes les questions des évaluateurs sur la matrice : concept de maturité, évaluation, thématiques, explication, exemples, échelle, etc.
- Réaliser les synthèses de travaux.

### 03 UN RÔLE D'ANIMATION DES RÉUNIONS

Cette personne jouera un rôle clé, complémentaire à celui du référent-notateur du projet avec qui elle doit constituer un binôme lors des réunions. Il est donc nécessaire que cette personne dispose d'une expérience avérée en matière d'animation de réunion et également d'un savoir suffisant en matière d'intégration des soins afin de pouvoir mettre en œuvre les phases de consensus. Concrètement, cette personne devra :

- S'assurer que la réunion permet de produire ce qui est attendu (objectif, déroulement, consignes, contenu et délais).
- Proposer un cadre et une méthodologie permettant de créer un climat favorable, bienveillant et dynamique.
- Réguler les groupes, ce qui implique notamment de s'assurer que tous les évaluateurs ont l'opportunité de s'exprimer et que les divers points de vue sont entendus et respectés par l'ensemble des évaluateurs.

Selon la disponibilité des personnes correspondant aux profils mentionnés,

**Le rôle du responsable de projet et celui de référent-notateur peuvent échoir à la même personne.**

**Le responsable du projet ou la personne en charge de l'animation pourra également prendre en charge l'organisation opérationnelle du projet.**

En revanche, il n'est pas pertinent de cumuler le rôle de référent – notateur et celui de l'animation des réunions. Il faut en effet que deux personnes soient présentes lors des réunions qui ont lieu dans le processus prévu.

### 04 UN RÔLE D'ORGANISATION OPÉRATIONNELLE DU PROJET

Cette personne devra assurer la gestion des réunions, des salles, des agendas des personnes impliquées, de l'envoi, de la bonne réception des invitations et des réponses, des relances, de la diffusion des documents (en ligne, par mail ou papier), etc. Il s'agit idéalement d'un profil d'assistant administratif.

### 3.2 POSITIONNEMENT DE L'ÉQUIPE DANS LE PROCESSUS D'ÉVALUATION

Le référent-notateur et la personne en charge de l'animation devraient être externes à l'organisation qui est évaluée.

En effet, elles devront aider les évaluateurs à mieux cerner les thématiques de l'outil et à se situer le plus correctement possible sur l'échelle d'évaluation. Le référent-notateur et l'animateur seront donc régulièrement amenés à questionner les propos des évaluateurs. Il est donc préférable que ces deux personnes puissent légitimement se positionner comme un élément neutre dans le processus.

S'il n'est pas possible d'avoir recours à une équipe externe, alors les personnes affectées à ces rôles ne devront pas être parties prenantes de l'évaluation.

### 3.3 TEMPS MIS À DISPOSITION DE L'ÉQUIPE

L'ensemble du processus d'évaluation est relativement long (voir section suivante). Une estimation précise est cependant difficile puisque de nombreux éléments, tels que le niveau de connaissances et d'expérience de l'équipe de projet, le contexte de l'organisation qui réalise l'évaluation, la disponibilité des évaluateurs, etc. peuvent influencer la mise en œuvre de l'évaluation.

La gestion et la mise en œuvre d'une évaluation SCIROCCO-POLE nécessitera, avant même de commencer, un temps de formation pour maîtriser les concepts sous-jacents de l'outil, l'outil en lui-même, et le processus d'évaluation, notamment.

Par ailleurs, il convient de ne pas négliger le temps nécessaire à la préparation en amont du projet et aux réunions diverses durant le projet (explications, mise en œuvre, restitution, réunion de lancement, point d'étape, réunion de clôture, etc.). Ces échanges sont destinés aux évaluateurs mais également aux responsables de l'institution et à d'autres parties prenantes de l'institution. Il est en effet nécessaire d'expliquer à de multiples reprises les éléments de ce type d'évaluation, ses objectifs, etc. et de répondre aux questions soulevées tout au long du processus.

A titre tout à fait indicatif, et pour des personnes expérimentées, nous suggérons d'utiliser un coefficient multiplicateur de 4 du temps de réunion, pour chaque membre de l'équipe. Ainsi 1 heure de réunion, nécessite environ 4 heures de travail au total selon la logique suivante :

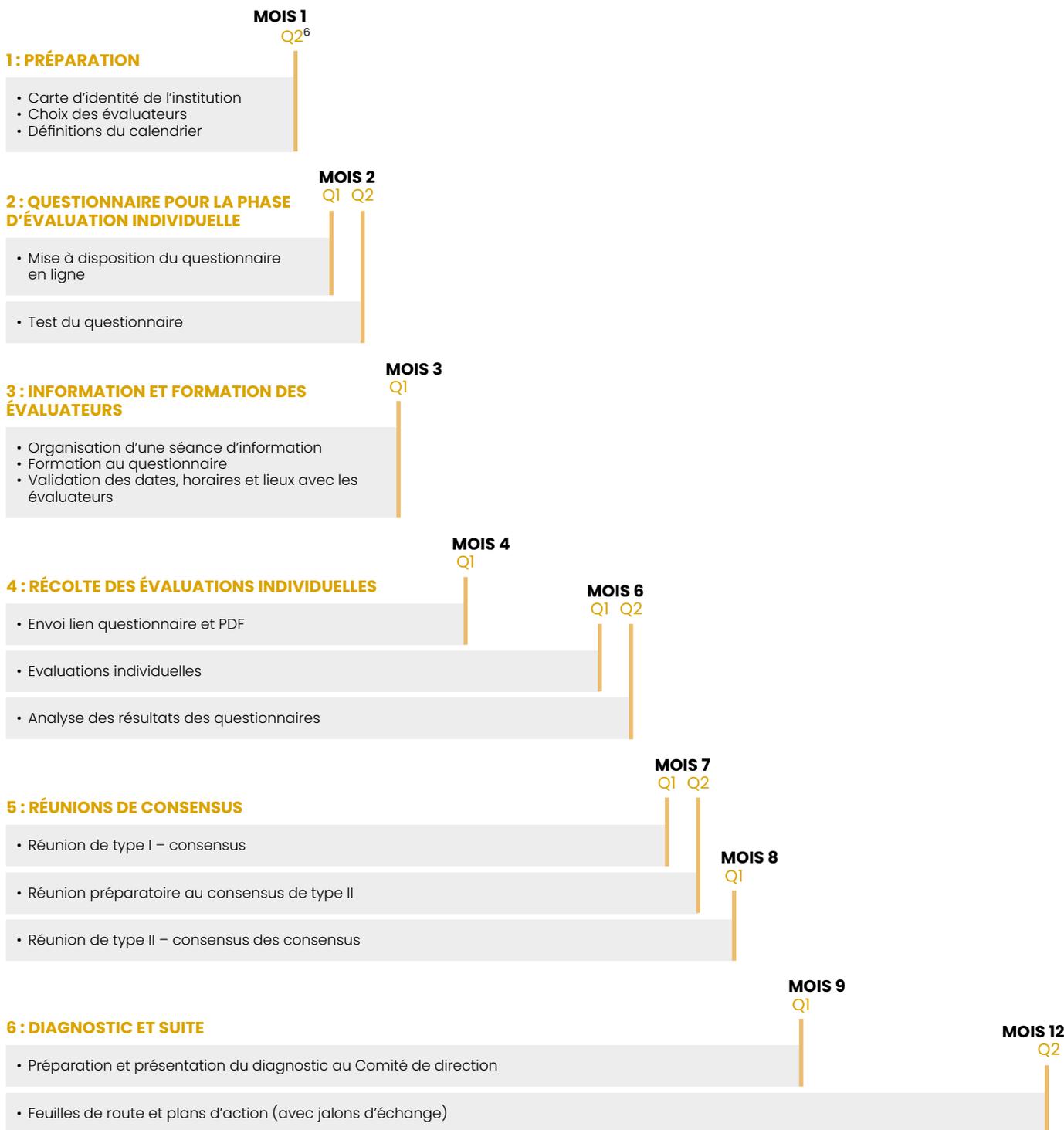
- 2 heures pour la préparation de la réunion
- 1 heure pour la réunion
- 1 heure pour la gestion des suites de la réunion (compte-rendu, coordination avec les membres de l'équipe, délégation des tâches, etc.)

Pour les réunions de consensus (cf. section 4.5), qui ont pour objectif de rassembler des données qualitatives qui doivent être ensuite retraitées et synthétisées, le temps dédié à la gestion des suites de la réunion peut atteindre, toujours à titre indicatif, 3 heures.

### 3.4 CALENDRIER ET LIVRABLES

Le tableau ci-dessous représente étape par étape les livrables et les échéances du projet (la durée de réalisation n'est pas mentionnée car elle est fortement dépendante des ressources mobilisées). Les dates sont données à titre indicatif et dépendent aussi du contexte de mise en œuvre. Remarque : les étapes courantes de tout type de projet comme la gestion de projet et la communication ne sont pas représentées ci-dessous.

**Tableau 4 : Exemple d'un calendrier des livrables et des échéances d'un projet SCIROCCO-POLE**



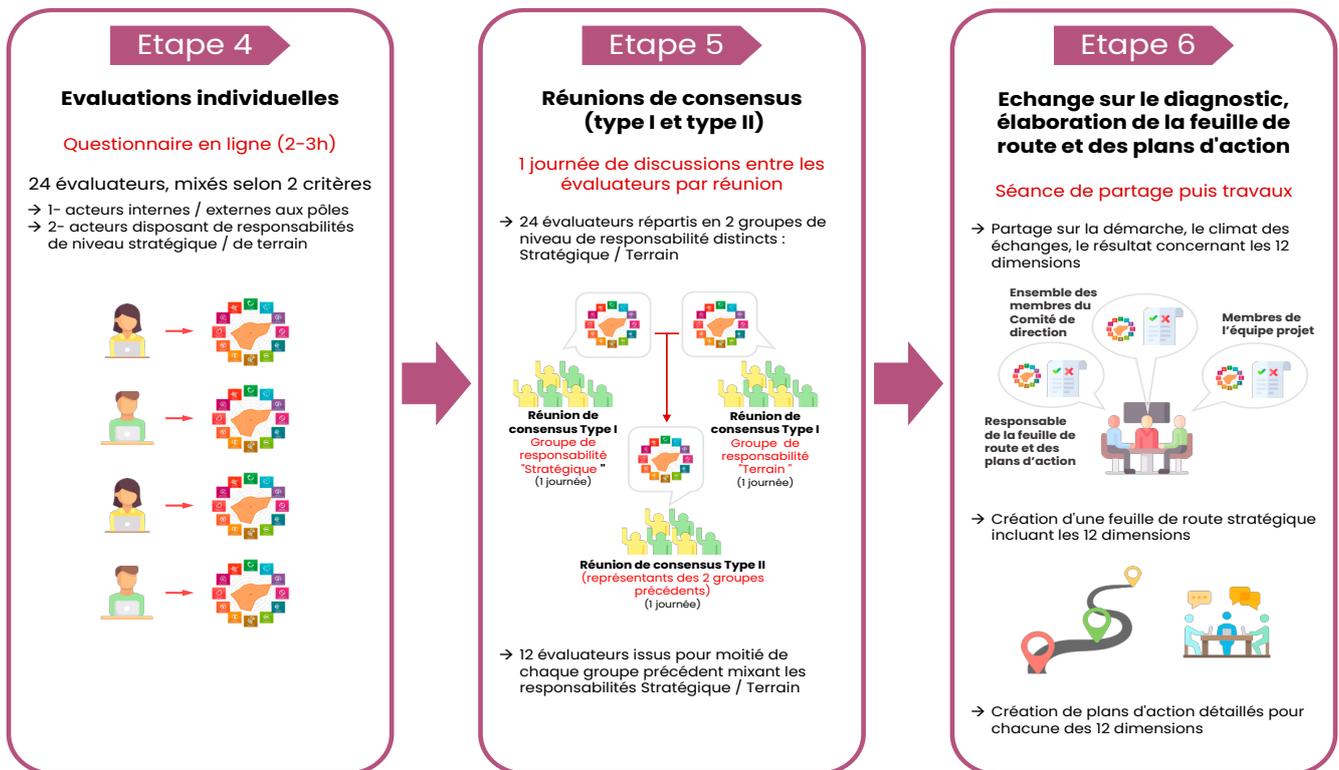
<sup>6</sup> « Q » signifie quinzaine

# 4. MISE EN ŒUVRE DE SCIROCCO-POLE

Dans la partie qui suit, 6 étapes clés de la mise en œuvre de SCIROCCO-POLE sont explicitées en détail. Pour rappel, chaque étape est décrite selon une structure répétitive afin d'identifier facilement les objectifs, les actions, les recommandations, les responsabilités et les livrables.

La description littéraire des étapes 4 à 6 étant très riche en détails, une figure permettant de représenter les points clés a été élaborée (voir Figure 2).

Figure 2 : Focus sur les étapes 4 à 6 de la démarche SCIROCCO-POLE



## 4.1 ÉTAPE 1 : PRÉPARATION

### 4.1.1 CARTE D'IDENTITÉ DE L'INSTITUTION

#### 4.1.1.1 Objectifs

Comprendre l'environnement démographique et socio-économique dans lequel s'inscrit l'institution pour éclairer les résultats obtenus lors du diagnostic. Il s'agit de présenter le contexte dans lequel se situe l'institution et les activités qu'elle réalise.

#### 4.1.1.2 Actions

Pour réaliser une carte d'identité de l'institution, nous recommandons de collecter les informations générales suivantes :

- Représenter les limites géographiques de l'institution et les différentes communes couvertes par ses activités ainsi que les caractéristiques de sa population de référence.
- Tracer l'historique de l'institution pour en comprendre la genèse, la mission, la vision et les valeurs.
- Définir les organes sociaux de l'institution, ses représentants, son organigramme et sa gouvernance.
- Présenter et quantifier les activités de l'institution, notamment en nombre de patients, de lits, de consultations annuelles, d'heures de soins à domicile, en types d'équipements, etc.
- Présenter les ressources humaines de l'institution, en nombre, EPT et catégories de collaborateurs.
- Représenter les sources de financement de l'institution.
- Identifier les partenaires de l'institution et les catégoriser en fonction de leur lien (formalisé ou non) avec l'institution.

#### 4.1.1.3 Recommandations

- Commencer l'étape suivante même si la carte d'identité est encore incomplète.
- Confier cette tâche à plusieurs collaborateurs : premièrement, parce que ces informations peuvent être relativement difficiles à trouver et regrouper, notamment si l'exercice est nouveau ; deuxièmement, car cela permet de discuter et d'explicitier certaines facettes qui peuvent relever de connaissances implicites et pas toujours partagées, comme l'existence de collaborations externes.

#### 4.1.1.4 Responsabilités

La préparation et complétion d'une carte d'identité doivent être sous la responsabilité du Comité de direction de l'institution.

#### 4.1.1.5 Livrable

Le livrable de cette étape est un document – que nous appelons la « carte d'identité de l'institution » – qui caractérise l'institution.

### 4.1.2 CHOIX DES ÉVALUATEURS

#### 4.1.2.1 Objectifs

Recruter des évaluateurs pour la phase de diagnostic individuel et pour les différentes réunions de consensus qui suivent.

#### 4.1.2.2 Actions

Le recrutement doit être pertinent et assurer une certaine hétérogénéité. Il faut donc :

- Établir deux groupes de personnes internes à l'institution, discriminées par leur niveau de responsabilité professionnelle ; le premier est constitué de personnes qui exercent des responsabilités et des fonctions de niveau stratégique (membres du Comité de direction, du Conseil de Fondation, responsables de départements, etc.), le second est constitué de personnes qui n'ont pas ce rôle mais ont une connaissance et une expérience approfondies du travail de terrain (soins, logistique, etc.). Cette structuration permet d'éviter que des asymétries de pouvoir au sein du même groupe d'évaluateurs ne brident les échanges.
- Compléter ces groupes par des personnes externes, volontaires, dans le but de confronter les points de vue et éviter la complaisance interne à l'institution. Ces personnes sont aussi réparties dans les groupes en fonction de leur niveau de responsabilité professionnelle. Cette structuration permet de recueillir des informations complémentaires.
- Ces évaluateurs internes et externes doivent être capables de porter un regard critique et pertinent sur l'institution et de relater d'expériences personnelles ou professionnelles vécues utiles à la démarche, provenir d'horizons professionnels variés.
- Sélectionner un nombre suffisant d'évaluateurs pour assurer toutes les réunions de consensus (de type I et de type II\*) (voir section 4.5).
- Compiler une liste avec les informations de contact des évaluateurs (e-mail, téléphone et fonction) dans une base de données.

#### 4.1.2.3 Recommandations

- Ne pas inclure le directeur général de l'institution évaluée dans la liste des évaluateurs afin d'éviter divers biais et encourager une expression libre.
- Sélectionner à l'interne, parmi différents services, des soignants et non soignants, et leur donner la disponibilité nécessaire pour participer à cette évaluation.
- Sélectionner, pour les personnes externes à l'institution, des individus qui sont en contact régulier avec l'institution, soit directement (en tant que professionnel de santé, partenaire, financeur, patient, etc.), soit indirectement (i.e. proche d'une personne prise en charge actuellement au sein de l'institution, représentant de la commune ou d'une association). Pour ces personnes, il est nécessaire de veiller à les intégrer rapidement dans les démarches pour limiter toute asymétrie avec les personnes issues de l'institution.
- Assurer un nombre d'évaluateurs suffisant tout au long du processus et considérer les risques d'empêchements divers ou de désistements en recrutant un total de 20 à 24 personnes dans le but d'avoir au moins une douzaine de personnes présentes à chacune des réunions, et dans chaque groupe. Il est également conseillé de conserver un historique des différentes propositions émises pour la constitution de l'échantillon.

#### 4.1.2.4 Responsabilités

Le Comité de direction identifie les personnes internes et externes qu'il estime à même d'accomplir cette mission.

#### 4.1.2.5 Livrable

Le livrable de cette deuxième étape est une liste des évaluateurs partagés en deux groupes.

## SUITE ÉTAPE 1

### 4.1.3 DÉFINITION DU CALENDRIER

#### 4.1.3.1 Objectifs

Planifier de manière optimale la démarche d'évaluation considérant qu'elle doit constituer un projet institutionnel et qu'elle nécessite une continuité des ressources dans le temps.

#### 4.1.3.2 Actions

Les actions suivantes doivent être réalisées :

- Réaliser un rétroplanning à partir de la date limite de présentation des résultats de la démarche SCIROCCO-POLE (cf. Tableau 4).
- Anticiper les étapes à venir et prévoir un enchaînement cohérent des réunions.
- Fixer les périodes et dates limites des différentes séquences du projet.
- Choisir des dates auxquels réunir les deux groupes d'évaluateurs et les communiquer avec une explication ou un rappel des objectifs des différentes séances.
- Assurer la logistique des réunions.

#### 4.1.3.3 Recommandations

- Définir le calendrier avant l'étape 3 « Information et formation des évaluateurs », afin de donner une vision d'ensemble de la démarche et de ses objectifs aux évaluateurs et de lever les barrières qui pourraient exister (par exemple : manque de temps, perte de sens).
- Communiquer les dates aux évaluateurs le plus tôt possible, idéalement en amont de la séance d'information (par exemple lors de l'invitation à cette séance). Cette anticipation permet d'améliorer la vue d'ensemble du projet et d'améliorer le taux de participation.

- Ne pas sous-estimer, dans le planning du projet, les ressources nécessaires à déployer pour la bonne conduite du projet. Ainsi, il convient d'annoncer que le travail de chaque évaluateur se situe entre 20h et 24h sur l'ensemble du projet (séquence de formation / information, questionnaire en ligne, participations aux réunions de consensus notamment).

#### 4.1.3.4 Responsabilités

La définition du calendrier du projet est une tâche qui concerne l'équipe de projet et le Comité de direction. Ce calendrier doit en effet tenir compte des projets en cours au sein de l'institution et ne pas les menacer.

L'assistant administratif de l'équipe de projet gère le calendrier, communique les dates et coordonne avec les différentes parties prenantes en fonction des étapes.

#### 4.1.3.5 Livrable

Le livrable de cette étape est un calendrier (Tableau 5) détaillant par exemple l'étape, les heures d'investissement demandées à chaque personne, la date et les objectifs de l'étape. Ce calendrier peut être adapté pour être partagé ou présenté aux évaluateurs.

**Tableau 5 : Exemple de calendrier à destination des évaluateurs**

Étape	Heures par personne	Date du rendu ou de la réunion	Objectifs
Réunion d'information et de formation	2 heures	Date 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présenter le projet</li> <li>Informer les évaluateurs sur les détails des séquences à venir</li> <li>Présenter le questionnaire en ligne, expliquer les détails</li> </ul>
Questionnaire en ligne	3 heures	Date 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obtenir les diagnostics individuels</li> <li>Clarifier les notes prises par des arguments</li> </ul>
Réunion de type I	8 heures	Date 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obtenir un consensus au sein du groupe</li> </ul>
Réunion de type II	8 heures	Date 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obtenir un consensus entre les groupes</li> </ul>

## 4.2 ÉTAPE 2 : QUESTIONNAIRE POUR LA PHASE D'ÉVALUATION INDIVIDUELLE

### 4.2.1 MISE À DISPOSITION DU QUESTIONNAIRE EN LIGNE

#### 4.2.1.1 Objectifs

Mettre en ligne le questionnaire SCIROCCO-POLE via le logiciel qui sera utilisé pour l'évaluation individuelle faite par les évaluateurs.

#### 4.2.1.2 Actions

- Choisir un logiciel de type logiciel d'enquête et d'analyse de données adapté au contexte de l'institution.
- Informer le service informatique de la démarche et des évaluateurs institutionnels impliqués ; vérifier qu'il n'existe pas de problématique d'accessibilité et de sécurité.
- S'assurer que son ergonomie est acceptable pour les utilisateurs.
- Relire attentivement le questionnaire SCIROCCO-POLE de manière à ne pas importer des erreurs dans la plateforme en ligne.
- Copier le contenu du questionnaire SCIROCCO-POLE sur la plateforme en ligne.
- Programmer l'accès du questionnaire aux évaluateurs selon les dates fixées.
- Assurer la confidentialité des données.
- Informer les futurs évaluateurs des conditions d'accès (par exemple : le questionnaire nécessite un navigateur particulier ou une certaine version du système d'exploitation) et de présentation du questionnaire.
- Réaliser des tests d'envoi afin de résoudre d'éventuels dysfonctionnements en amont, au moins en ce qui concerne les évaluateurs externes.

#### 4.2.1.3 Recommandations

- S'assurer que l'outil utilisé pour porter le questionnaire en ligne soit suffisamment complet pour permettre l'ajout d'un contenu rédactionnel dense et une présentation claire. L'outil doit permettre aux évaluateurs de réaliser leur travail confortablement (possibilité de sauvegarder leur progression, de réaliser l'évaluation en plusieurs fois ou de revenir en arrière dans le contenu).
- Sélectionner le bon outil ; certains outils sont coûteux et nécessitent un support informatique. Un outil gratuit, sans licence (ex : Google Forms) peut être envisagé, sans garantie néanmoins quant à la confidentialité et la propriété des données récoltées.
- Limiter l'accès au questionnaire aux personnes autorisées grâce à une authentification par e-mail.
- Présenter le questionnaire en ligne lors de la première séance de formation / information aux évaluateurs via une démonstration de quelques minutes afin qu'ils se familiarisent avec l'environnement dans lequel ils devront réaliser leur évaluation.

#### 4.2.1.4 Responsabilités

L'équipe de projet est responsable de choisir le logiciel et importer le contenu du questionnaire. Elle doit se concerter avec le service informatique et/ou le Comité de direction pour le cas où l'institution dispose déjà d'un logiciel ou d'une plateforme qui se prête à cette tâche.

#### 4.2.1.5 Livrable

Le livrable de cette étape est une première version du questionnaire en ligne disponible pour des tests.

## 4.2.2 TEST DU QUESTIONNAIRE

### 4.2.2.1 Objectifs

Identifier les éventuelles corrections à effectuer avant la mise à disposition du questionnaire en ligne aux évaluateurs

### 4.2.2.2 Actions

- Sélectionner deux testeurs qui devront tester la première version du questionnaire en ligne, dans des conditions réelles.
- Fournir aux testeurs une check-list ou un chablon pour l'évaluation du questionnaire en matière de :
  - › Concordance du contenu entre la version d'origine et celle du questionnaire en ligne.
  - › Ergonomie et fiabilité technique (pour la saisie en ligne et l'impression du diagnostic individuel).
- Amender le questionnaire à la suite des commentaires de testeurs.

### 4.2.2.3 Recommandations

- Réaliser les tests suffisamment en amont des évaluations individuelles afin de garantir de pouvoir faire d'éventuelles modifications.
- Effectuer les tests avec des personnes idéalement internes et externes qui ne seront pas des évaluateurs.

### 4.2.2.4 Responsabilités

Cette étape est sous la responsabilité de l'équipe de projet.

### 4.2.2.5 Livrable

Le livrable est une version finale du questionnaire.

## 4.3 ÉTAPE 3 : INFORMATION ET FORMATION DES ÉVALUATEURS

*Une séance cumulant information et formation est organisée en amont de la récolte de données.*

### 4.3.1 ORGANISATION D'UNE SÉANCE D'INFORMATION

#### 4.3.1.1 Objectifs

Présenter le projet global et la démarche aux évaluateurs, leur expliquer le déroulement des étapes à venir, les délais à respecter et répondre à leurs questions.

#### 4.3.1.2 Actions

- Définir une date et un lieu pour la séance d'information. La date peut être posée et communiquée a priori ou peut être planifiée avec les évaluateurs.
- Structurer la séance en différentes séquences :
  - › Expliquer le projet, son contexte, l'importance de celui-ci pour l'institution et l'usage qui sera fait des résultats.
  - › Définir les soins intégrés et leur périmètre dans le cadre de l'organisation sur laquelle portera l'évaluation individuelle et collective.
  - › Présenter les étapes suivantes (évaluation individuelle, réunions de consensus de type I puis de type II), leurs objectifs et planning, le rôle des évaluateurs, le temps qu'ils doivent investir et l'importance de leur engagement dans les étapes suivantes.
  - › Présenter les objectifs et le contenu des questionnaires et des réunions de type I et II\*
  - › Faire une démonstration du questionnaire (voir section 4.3.2.2).
  - › Mettre l'accent sur la confidentialité de la démarche.
  - › Répondre aux questions des évaluateurs.

#### 4.3.1.3 Recommandations

- Lors de la séance d'information et de formation, il convient de prévenir les évaluateurs que les séances de consensus de type I et II pourront être enregistrées afin d'obtenir leur consentement. Si un seul évaluateur refuse, ces réunions ne pourront pas être enregistrées.
- S'assurer que les évaluateurs s'engagent formellement à respecter la confidentialité des différents résultats obtenus lors du diagnostic. A cet effet, nous recommandons que leur consentement soit récolté oralement à chaque étape et que la mention « confidentiel » sur l'ensemble des documents soit utilisée afin de limiter le risque que les évaluateurs transmettent les résultats à des tiers.

#### 4.3.1.4 Responsabilités

L'équipe de projet organise cette séance d'entente avec le Comité de direction. Elle est ensuite responsable de l'animation de la séance.

#### 4.3.1.5 Livrables

Déroulement de la séance de formation / information, présentation PowerPoint.

## 4.3.2 FORMATION AU QUESTIONNAIRE

### 4.3.2.1 Objectifs

Permettre à chacun de se familiariser avec le questionnaire de diagnostic individuel à l'aide d'une démonstration pour que chacun comprenne comment son évaluation va être utilisée dans la suite du processus.

### 4.3.2.2 Actions

- Présenter les aspects pratiques impliquant l'utilisation du questionnaire : réception d'un e-mail contenant le lien vers le questionnaire et temps moyen de remplissage du questionnaire (de 2 à 3 heures).
- Réaliser une démonstration du fonctionnement de l'outil et de la structure du questionnaire
- Expliquer les aspects techniques spécifiques au questionnaire : fonctionnalités de l'outil, enregistrement des réponses, impression des réponses, etc.
- Présenter les différentes parties du questionnaire : la partie « Thématique », la partie « Exemples », la partie « Échelle de maturité », la partie « Auto-évaluation de son expertise » (voir « Remarque » en fin de section 2.4.1).
- Distribuer un exemplaire papier du questionnaire aux évaluateurs, leur permettant de se familiariser avec les différentes thématiques et de l'utiliser lorsqu'ils rempliront le questionnaire de leur côté.
- Répondre aux questions des évaluateurs.

### 4.3.2.3 Recommandations

- S'assurer que le temps entre la formation et la réception du questionnaire par e-mail ne dépasse pas deux semaines afin que les évaluateurs aient encore en tête les informations fournies en séance (cf. Tableau 4).

### 4.3.2.4 Responsabilités

L'équipe de projet est responsable de cette séance de formation.

### 4.3.2.5 Livrables

Pour cette étape, des livrables pourraient être des notes de séance décrivant les types de questions ainsi que les craintes exprimées.

## SUITE ÉTAPE 3

### 4.3.3 VALIDATION DES DATES, HORAIRES ET LIEUX AVEC LES ÉVALUATEURS

#### 4.3.3.1 Objectifs

Assurer une participation adéquate en permettant aux évaluateurs d'identifier les dates, horaires, lieux pour permettre à chacun de s'organiser dans les meilleures conditions possibles ou inversement permettre aux évaluateurs pressentis de se retirer du projet.

#### 4.3.3.2 Actions

- Communiquer par écrit le plus tôt possible toutes les dates clés, y compris celles des réunions de consensus de type I et de type II.
- Expliquer clairement l'implication-temps que chaque étape exige, s'assurer que les évaluateurs sont parfaitement au clair sur leur investissement à venir.
- Confirmer la disponibilité de chaque évaluateur pressenti.

#### 4.3.3.3 Recommandations

- Communiquer toutes les modalités pratiques des futures réunions de type I et de type II aux évaluateurs (horaires de début, de fin, repas du midi, parking, accès par transports publics, etc.).
- Prévoir un moment convivial pour clôturer la séance d'information / formation pour permettre aux évaluateurs de faire connaissance entre eux et avec l'équipe de projet qui animera les séances de type I et II.
- Assurer la participation d'au moins 8-12 personnes aux différentes réunions en invitant davantage d'évaluateurs que nécessaire afin d'anticiper une inévitable attrition liée à divers aléas (indisponibilité de dernière minute, maladie, urgence, etc.).

#### 4.3.3.4 Responsabilités

L'équipe de projet est responsable de la validation des dates. L'assistant administratif est responsable de les communiquer ou de les bloquer dans l'agenda des évaluateurs.

#### 4.3.3.5 Livrables

Liste des différentes échéances.

## 4.4 ÉTAPE 4 : RÉCOLTE DES ÉVALUATIONS INDIVIDUELLES

### 4.4.1 ENVOI QUESTIONNAIRE : LIEN ET VERSION PDF

#### 4.4.1.1 Objectifs

Transmettre le questionnaire aux évaluateurs afin de permettre les évaluations individuelles.

#### 4.4.1.2 Actions

Les actions suivantes doivent être réalisées :

- Envoyer par e-mail, à tous les évaluateurs, les liens menant au questionnaire d'évaluation
- En accompagnement du lien, il convient d'envoyer, dans le même e-mail, le questionnaire complet en format PDF pour que les évaluateurs puissent prendre connaissance de la totalité du document et prendre le temps de consulter les différentes thématiques.
- Dans l'e-mail contenant le lien vers le questionnaire, préciser les délais pour y répondre et informer qu'un rappel sera envoyé aux personnes n'ayant pas encore répondu une semaine avant le délai final.
- Répéter aux évaluateurs qu'ils doivent sauvegarder une version PDF de leur questionnaire rempli (ou en imprimer une s'ils le souhaitent). En effet, les évaluations individuelles, une fois anonymisées, serviront de base aux échanges lors des réunions de consensus à venir.
- En amont, il convient d'avoir préparé solidement cette séquence et d'avoir réalisé différents tests (notamment techniques), ce qui nécessite d'anticiper l'envoi du lien vers le questionnaire, d'avoir informé les évaluateurs qu'un e-mail leur parviendra prochainement et d'avoir échangé avec les responsables informatiques de l'institution.

- Cette tâche nécessite une maîtrise complète du logiciel de portage de l'enquête et une grande coordination entre les personnes impliquées, afin de s'assurer que l'ensemble des évaluateurs sont contactés au bon moment .

#### 4.4.1.3 Recommandations

- Veiller à anticiper suffisamment ces différentes étapes et ne pas sous-estimer l'impact négatif des éventuels problèmes techniques sur la capacité des évaluateurs à remplir le questionnaire et leur motivation à le faire.

#### 4.4.1.4 Responsabilités

L'équipe de projet assure cet envoi et la résolution de problèmes techniques, si nécessaire avec le soutien des responsables informatiques des institutions concernées.

#### 4.4.1.5 Livrables

Lien vers le questionnaire d'évaluation, sa version PDF et e-mail d'invitation aux évaluateurs.

## SUITE ÉTAPE 4

### 4.4.2 ÉVALUATIONS INDIVIDUELLES

#### 4.4.2.1 Objectifs

Permettre aux évaluateurs de réaliser leur évaluation.

#### 4.4.2.2 Actions

- Envoyer un rappel aux évaluateurs qui n'auraient pas encore réalisé leur évaluation une semaine avant la date limite.
- Vérifier que les évaluateurs répondent au questionnaire et qu'aucun problème technique n'apparaît lors de l'enregistrement des réponses.
- Prévoir un dispositif de soutien technique (par téléphone ou en présentiel) pour les évaluateurs qui ont des problèmes techniques ou de compréhension.

#### 4.4.2.3 Recommandations

- Prévoir environ quatre semaines entre l'envoi du lien et le délai de remplissage du questionnaire (cf. Tableau 4) afin de laisser suffisamment de temps aux évaluateurs pour remplir le questionnaire.
- Rappeler aux évaluateurs, en début de questionnaire, les modalités techniques pour répondre au questionnaire (temps nécessaire au remplissage, fonctionnement du questionnaire, navigation entre les thématiques, sauvegarde de la progression, impression des résultats, etc.). L'évaluation prend entre 2 et 3 heures et il convient notamment de rappeler ce point aux évaluateurs.
- Signaler aux évaluateurs de réaliser l'évaluation dans des conditions adéquates. La lecture des descriptions des thématiques et des exemples nécessite en effet une concentration certaine, tout comme la recherche et le développement d'arguments.

- Informer que les notes et arguments individuels n'ont pas vocation à être présentés nominativement à l'ensemble des évaluateurs ; seule une compilation anonymisée de l'ensemble sera utilisée.
- Rappeler aux évaluateurs que chacun d'eux recevra son propre diagnostic, lors de la réunion de type I, comme aide-mémoire personnalisé pour les échanges.

#### 4.4.2.4 Responsabilités

L'équipe de projet assure le bon déroulé de cette séquence. Le dispositif de soutien technique par téléphone ou en présentiel peut être assuré par une assistance administrative.

#### 4.4.2.5 Livrables

L'ensemble des données brutes issues des évaluations individuelles.

## 4.4.3 ANALYSE DES RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES

### 4.4.3.1 Objectifs

Rendre compte des résultats des évaluations individuelles.

### 4.4.3.2 Actions

Les actions suivantes doivent être réalisées :

- Anonymiser les évaluations individuelles avant traitement.
- Utiliser les valeurs attribuées à chaque thématique par chaque évaluateur pour produire un tableau (via un logiciel statistique ou un simple fichier Excel par exemple) et une représentation graphique des résultats de chaque évaluateur ; cette représentation sous forme de « radar » constitue le diagnostic individuel.
- Identifier la valeur minimale et la valeur maximale des évaluations pour chaque thématique, puis calculer les écarts entre ces deux valeurs et classer les thématiques en fonction des écarts ainsi mesurés. Le calcul d'une moyenne ou d'une médiane est inutile, puisqu'il s'agira d'obtenir des consensus. De même, il n'est pas non plus pertinent de pondérer les notes individuelles par le niveau d'auto-évaluation des connaissances ou expériences.
- Préparer un diagramme en « radar » présentant la valeur minimale et la valeur maximale mesurée pour chaque thématique en prévision de la réunion de consensus. Ce diagramme sera projeté durant la réunion de consensus de type I.

- A l'usage unique de l'équipe de projet en charge de l'animation et de l'organisation des réunions de consensus de type I : préparer un document regroupant l'ensemble des notes attribuées pour chaque thématique et mettant en avant les évaluations minimales et maximales ainsi que les arguments présentés. Ce document servira de base pour l'animation des réunions de type I.

### 4.4.3.3 Recommandations

- Prévoir suffisamment de temps pour l'extraction des données, leur anonymisation, leur analyse et la préparation des diagrammes pour chaque évaluateur.
- Préparer les données nécessaires à l'animation des réunions de type I ; il convient de rappeler que les résultats finaux seront liés aux échanges et au consensus atteint, et que les évaluations individuelles ne servent qu'à préparer les arguments et les réflexions nécessaires à la tenue de ces discussions ; aucune obligation ne sera faite aux évaluateurs lors de la réunion de type I de mentionner nominativement les éléments de leur évaluation individuelle.

### 4.4.3.4 Responsabilités

L'équipe de projet est responsable de l'analyse des évaluations individuelles et de la préparation des documents nécessaires à la tenue des réunions de type I.

### 4.4.3.5 Livrables

L'ensemble des diagnostics individuels présentés sous la forme de diagrammes en « radar » et la synthèse des données issues des évaluations individuelles (notes minimales et maximales, radar global, arguments).

## 4.5 ÉTAPE 5 : RÉUNIONS DE CONSENSUS

Les réunions de consensus type I ou type II se déroulent sur une journée complète et partagent les caractéristiques suivantes :

- Elles regroupent idéalement 8 à 12 personnes.
- Les échanges sont enregistrés à l'aide d'un audio-enregistreur et cet enregistrement est clairement annoncé en début de réunion. Son objectif est d'être un aide-mémoire temporaire, le temps de la réalisation de la synthèse des travaux et est à l'usage exclusif du référent-notateur.
- La réunion est animée selon une méthodologie prédéfinie ; la tenue de cette méthodologie est de la responsabilité de l'animateur, tout comme le respect du temps imparti pour cette réunion.
- Les notes sont prises sur un document visible lors de la réunion (ex. projecteur ou écran partagé), afin que chaque évaluateur puisse observer la prise de notes en direct, et réagir au besoin pour compléter ou modifier le contenu annoté. Le notateur a pour mission de documenter de la manière la plus exhaustive possible le contenu des échanges : dès lors, sa responsabilité lors des réunions est de réclamer des clarifications / explications sur les éventuels termes imprécis ou les sigles / acronymes / abréviations avancés.
- Comme précisé au point 3.1, les quatre rôles indispensables à la tenue des réunions sont distribués sur 2 ou 3 personnes différentes.

### 4.5.1 RÉUNIONS DE TYPE I – RÉUNIONS DE CONSENSUS

#### 4.5.1.1 Objectifs

A partir des évaluations individuelles, générer une note consensuelle et argumentée pour chacune des thématiques dans le but de réaliser un diagnostic commun.

#### 4.5.1.2 Actions

Les actions suivantes doivent être réalisées :

- Seuls les évaluateurs du questionnaire participent à cette réunion de consensus ; les évaluateurs pressentis n'ayant pas réalisé une évaluation individuelle complète sont exclus dans la mesure où ils n'auront pas connaissance des thématiques abordées et n'auront pas d'arguments à présenter. Leur inclusion conduirait à allonger considérablement la durée des débats.
- La réunion est idéalement réalisée sur une journée entière ; considérant les indisponibilités de dernière minute, il est donc important d'avoir prévu au moins 24 évaluateurs pour l'ensemble du processus (cf. la partie préparation, 4.1.2).
- L'équipe en charge de l'animation prévoit de distribuer à chaque évaluateur la version papier de son évaluation (notes attribuées à chaque thématique et arguments avancés pour chaque thématique). Ces informations leur permettront de participer activement aux discussions. Il est à préciser que les évaluations individuelles peuvent être en contradiction avec les résultats finaux de la réunion ; les notes et arguments individuels ne préjugent en aucun cas des notes finales et des arguments retenus par l'ensemble du groupe, déterminés par consensus.
- L'animateur se charge de la modération de la réunion, thématique par thématique, avec pour objectif de faire émerger une note consensuelle et les arguments qui déterminent ce choix. Un autre membre de l'équipe de projet est lui en charge de la prise de notes. Au besoin, cette personne pourra utiliser l'enregistrement audio pour compléter ses notes a posteriori. Les enregistrements seront ensuite détruits ; ils ne constituent donc pas une donnée dans le cadre du projet. Les notes prises durant les réunions constituent quant à

elles les données du projet ; elles permettent de comprendre les évaluations, donc de comprendre le diagnostic et de repérer les manquements pour une note plus élevée. Elles retracent l'ensemble des démarches de diagnostic consensuel. Il convient de ne pas sous-estimer la complexité et l'importance de cette démarche de documentation.

- L'animateur vérifiera avec attention que chaque note consensuelle a été validée explicitement par l'ensemble des évaluateurs présents à la réunion. La personne qui prend les notes les insère dans un tableau (type Excel) afin de générer au fur et à mesure le diagramme en « radar ».
- Lorsque toutes les notes consensuelles ont été attribuées et que l'ensemble des arguments ont été avancés, l'animateur présente le diagramme en « radar » qui constitue le diagnostic du groupe, qui sera discuté lors de la réunion de type II.
- L'animateur rappelle quelle sera la suite du processus et échange avec les évaluateurs pour identifier environ 6 évaluateurs qui participeront aux étapes suivantes. Il rappelle notamment que les personnes qui y participeront devront agir comme des représentants du consensus qui vient d'être défini et qu'elles seront invitées à participer à une courte séance préparatoire avant la réunion de consensus de type II.
- A l'issue de la réunion, un document de synthèse est préparé puis envoyé à tous les évaluateurs pour information.
- Distribuer la parole équitablement entre chaque évaluateur, notamment aux évaluateurs qui ne s'expriment pas sans y être invités, dans le but que chacun puisse communiquer ses notes et ses arguments.
- Relever les discours dissonants, contradictoires, mais aussi repérer les arguments redondants ou prépondérants. Le rôle de l'animateur est également celui de gardien du temps, afin de pouvoir traiter l'ensemble des thématiques dans le temps imparti.
- Rappeler, devant une difficulté pour générer une note consensuelle, l'échelle d'évaluation et la présenter visuellement afin que chacun puisse s'y référer. Si nécessaire, le référent peut guider les évaluateurs sur la note pertinente, en s'appuyant sur les arguments présentés. Rappeler également que les arguments et note concernent la situation actuelle dans l'institution et non pas les projets ou ambitions futures.
- Annoncer en début de réunion de type I qu'une partie des évaluateurs seront sollicités pour participer à la réunion de type II. Cette réunion regroupera des représentants des deux groupes constitués. Dans cette perspective, attirer l'attention des évaluateurs sur la nécessité de comprendre et de s'approprier les arguments qui soutiennent la note retenue par le groupe, voire de prendre des notes personnelles détaillées. Annoncer également que la note et les arguments seront consignés dans un document écrit qui sera distribué à l'ensemble des évaluateurs dans la semaine qui précède la réunion de type II, lors d'une séance de travail préparatoire qui se déroulera entre la réunion de consensus de type I et la réunion de consensus de type II.

#### 4.5.1.3 Recommandations

- Rappeler la définition des soins intégrés et leur périmètre d'un point de vue conceptuel et dans le cadre de l'organisation évaluée. Tout au long de la réunion, veiller à ce que la discussion soit centrée sur les soins intégrés particulièrement, et non sur les soins en général.

## SUITE ÉTAPE 5

### 4.5.1.4 Responsabilités

L'organisation et l'animation des réunions de type I et de la séance préparatoire qui en découle sont de la responsabilité de l'équipe de projet, avec le soutien d'un assistant administratif.

La bonne tenue de la réunion de type I est le fruit d'un travail collectif dont le maître d'orchestre est l'animateur.

### 4.5.1.5 Livrables

Diagnostic collectif et consensuel pour chaque sous-groupe.

## 4.5.2 RÉUNION DE TYPE II – SÉANCE PRÉPARATOIRE ET RÉUNION DE CONSENSUS DES CONSENSUS

### 4.5.2.1 Objectifs

Sur la base des résultats des réunions de type I, réaliser un diagnostic consensuel de l'ensemble des deux groupes.

### 4.5.2.2 Actions

Les actions suivantes doivent être réalisées :

- La réunion regroupe idéalement 12 évaluateurs, mixés en fonction du niveau de responsabilité qu'ils assument au sein de l'institution.
- Une courte séance de travail préparatoire (environ 1 heure) est organisée, indépendamment pour chaque groupe, une semaine avant la réunion de consensus de type II. Son objectif est de se préparer à cette dernière. La présence de l'animateur lors de ces séances de préparation permettra de résumer et de structurer les arguments avancés lors de la réunion de type I et de répondre aux questions. L'animateur rappelle également le rôle des

représentants de chaque groupe, à savoir une mission de porte-parole du diagnostic consensuel issu de la réunion de type I. Les membres d'un groupe se comportent donc en porte-parole d'une évaluation collective et ne viennent pas défendre leur évaluation personnelle. Ce positionnement doit être au cœur de cette séance préparatoire.

- Préparer une présentation regroupant les diagnostics de chaque réunion de type I (note et synthèse des arguments), en amont de la réunion de type II.
- Présenter, en début de réunion de type II, les diagnostics de chaque groupe : diagramme en « radar » et rappeler les 6 niveaux de l'échelle de maturité, etc.
- Comme pour la réunion de type I, l'animateur traite les thématiques les unes après les autres, avec pour objectif de faire émerger une note consensuelle et les arguments qui déterminent ce choix. Le notateur assure la prise de notes. Les discussions font l'objet d'un enregistrement audio temporaire, annoncé en début de séance.
- L'animateur distribue la parole de manière équitable entre les groupes et s'efforce de vérifier, à chaque étape, que toutes les paroles sont respectées et que les notes sont consensuelles par l'obtention de l'assentiment de chacun.
- A la fin de la réunion, l'animateur présente le diagramme en « radar » illustrant le résultat final de la journée, qui est le diagnostic consensuel final.
- A l'issue de la réunion, un document de synthèse est préparé puis envoyé à tous les évaluateurs.

#### 4.5.2.3 Recommandations

- Rappeler, en début de journée, que les évaluateurs endossent le rôle de porte-parole des diagnostics consensuels réalisés lors des réunions de type I.
- Organiser la salle de manière à rassembler les porte-paroles de chaque groupe en deux espaces définis : par exemple un côté de la table de réunion pour chaque groupe. Cette disposition leur permettra d'échanger ensemble sur les arguments avancés par l'autre groupe et y réagir de manière concertée.
- Traiter en premier les thématiques présentant les plus grands écarts d'évaluation entre les groupes, prévoir suffisamment de temps pour discuter de ces thématiques et laisser moins de temps pour les thématiques ne présentant aucun ou peu d'écart. Il faut cependant échanger sur les thématiques où aucun écart n'a été identifié car l'apprentissage de l'échelle peut conduire les évaluateurs à revoir la note initialement attribuée.

#### 4.5.2.4 Responsabilités

L'organisation et l'animation des réunions de type II sont de la responsabilité de l'équipe de projet, avec le soutien d'un assistant administratif.

La bonne tenue de la réunion de type II est le fruit d'un travail collectif dont le maître d'orchestre est l'animateur.

#### 4.5.2.5 Livrable

Diagnostic collectif et consensuel entre les groupes. Ce diagnostic – qui regroupe une note de maturité pour chaque thématique et l'ensemble des arguments avancés – constitue le résultat final du diagnostic SCIROCCO-POLE.

## 4.6 ÉTAPE 6 : DIAGNOSTIC ET SUITE

### 4.6.1 PRÉPARATION ET PRÉSENTATION DU DIAGNOSTIC AU COMITÉ DE DIRECTION

#### 4.6.1.1 Objectifs

Élaborer une synthèse révisée pour une exploitation des résultats par les membres du Comité de direction de l'institution.

#### 4.6.1.2 Actions

Les actions suivantes doivent être réalisées :

- Organiser une séance d'échange entre les membres du Comité de direction et l'équipe de projet. L'objectif est de présenter le diagnostic et les arguments retenus et d'apporter d'éventuelles réponses aux questions de compréhension des membres du Comité de direction. A cet effet, une synthèse exploitable pour les membres du Comité de direction doit être rédigée par l'équipe de projet. Ainsi, pour chaque thématique, il faut relire l'ensemble des notes prises, supprimer les redondances, reformuler les arguments si nécessaire en prenant soin d'explicitier les arguments qui ont permis d'atteindre un consensus. Il est important de trier, d'un côté, les arguments avancés pour justifier une note et, de l'autre, ceux avancés comme points d'amélioration permettant le passage à une note supérieure par exemple.
- Ce document rappelle l'échelle de maturité et présente l'ensemble des notes consensuelles de la réunion de type II, présentées sous forme de tableau et sous forme de diagramme en « radar ». Le document peut, à titre d'information, également présenter les notes de chaque groupe, issues des réunions de type I.
- Envoyer ce document complet aux membres du Comité de direction environ deux semaines avant la séance d'échange. La consigne pour le Comité de direction est de relire attentivement afin de formuler, si cela est pertinent, des propositions de modification (de formulations maladroites qui prêtent à interprétation, confuses ou tout simplement erronées). Il n'est en aucun cas question de modifier ou de supprimer des arguments ou de modifier une note.
- Rédiger une version amendée du diagnostic final à l'issue de la séance avec le Comité de direction.

#### 4.6.1.3 Recommandations

Il convient, en tant qu'équipe de projet, de prendre le temps de relire l'ensemble des notes prises durant les réunions de type I et de type II en préparation de la séance avec le Comité de direction.

#### 4.6.1.4 Responsabilités

Il est de la responsabilité de l'équipe de projet de planifier ces échanges et de prendre note des amendements proposés par les membres du Comité de direction. Il est toutefois de la responsabilité des membres du Comité de direction de s'appropriier le résultat final et de proposer des réécritures ou des reformulations, si pertinent.

#### 4.6.1.5 Livrable

A l'issue de l'échange avec les membres du Comité de direction, la version du diagnostic SCIROCCO-POLE peut être considérée comme validée.

## 4.6.2 FEUILLES DE ROUTE ET PLANS D'ACTION

### 4.6.2.1 Objectifs

Permettre aux organes de gouvernance de l'institution d'ancrer les ambitions de progrès en matière d'intégration des soins dans des outils de gestion et de management d'entreprise et, ainsi, en assurer un pilotage et un suivi performants.

### 4.6.2.2 Actions

- Etablir la feuille de route de l'institution sur la base du diagnostic SCIROCCO-POLE. A minima, la feuille de route doit refléter ce que l'institution entend faire, et en conséquence quelle est la note qu'elle souhaite atteindre (à horizon de trois ans par exemple), pour chaque thématique. Trois cas de figure peuvent être proposés :
  1. L'amélioration de la situation constatée (la note augmente).
  2. La consolidation de la situation constatée (la note reste identique).
  3. La péjoration de la situation constatée (la note est diminuée).
- Définir finement la stratégie relative à chaque thématique. Cela implique que le Comité de direction différencie les éléments qu'il souhaite « consolider » de ceux qu'il souhaite « améliorer » ; en effet, une amélioration de niveau de maturité (par exemple de 3 à 4) ne repose généralement pas que sur une seule action ou un seul projet mais sur plusieurs. Le Comité de direction doit également pouvoir envisager le cas d'une « péjoration » de la situation. Cela peut apparaître étonnant à première vue mais cette situation peut survenir soit en raison d'évènements externes (par exemple changement de la législation) soit internes (par exemple dans le cas d'un élargissement des activités de l'institution via une fusion avec un prestataire existant, en particulier pendant la période d'intégration). Ce type de situation peut effectivement détériorer un fonctionnement qui était de bonne qualité jusqu'alors. En outre il n'implique pas que l'institution n'aura pas d'actions ou de projet à mettre en place ; il est même probable que, pour limiter cette détérioration, elle devra y consacrer des ressources.
- Décrire la mise en œuvre de la stratégie de chaque thématique en réalisant des plans d'action. Il s'agit ici de préciser avec un haut niveau de détails comment les thématiques vont concrètement évoluer à l'aide de différents projets, qui mis bout à bout, constitueront un plan d'action, pour chaque thématique. Considérant que l'institution a sans aucun doute de nombreux projets, il est nécessaire d'identifier l'articulation entre ces derniers et les pistes d'amélioration issues du diagnostic SCIROCCO-POLE. Des projets préexistants au diagnostic pourraient à ce propos également s'insérer dans la feuille de route.
- Nommer une personne de l'institution comme responsable. C'est elle qui devra compléter les outils et coordonner la démarche de développement des plans d'action.
- Intégrer les projets issus du diagnostic SCIROCCO-POLE dans la stratégie de l'institution et les formaliser dans les documents de référence (par exemple dans le plan stratégique). Les projets développés à la suite du diagnostic doivent être alignés avec la stratégie globale de l'institution et s'inscrire dans une vision claire. Ils doivent se structurer autour d'objectifs précis et être suivis à l'aide d'indicateurs explicites (qualitatifs ou quantitatifs) et communiqués aux collaborateurs intégrés dans les démarches.

## SUITE ÉTAPE 6

- Réaliser quelques réunions d'échange avec l'équipe de projet du diagnostic. Cette dernière pourra ainsi faire un retour sur la cohérence entre les propositions d'évolution et le diagnostic obtenu. Si une organisation externe a été mandatée pour réaliser le diagnostic SCIROCCO-POLE, elle devrait être sollicitée pour cet accompagnement.
- Valider la feuille de route et les plans d'action en Comité de direction.

### 4.6.2.3 Recommandations

- Ne pas sous-estimer l'investissement en temps et financier, car il est conséquent ; à défaut, le diagnostic ne donnera naissance qu'à des embryons de projets qui ne sauront pas faire évoluer le diagnostic et améliorer l'intégration des soins de manière concrète. Nous estimons le temps nécessaire à cette séquence post-diagnostic à un minimum de 4 mois (cf. Tableau 4).
- Utiliser des outils de suivi et de pilotage de projet internes à l'institution s'ils existent ; le cas échéant s'adjoindre les services d'une organisation externe spécialiste qui pourra proposer un set d'outils pertinents et en garantir un usage optimal.
- Considérer cette séquence de 4 mois comme une période de transition durant laquelle l'institution doit s'approprier complètement le diagnostic SCIROCCO-POLE et réfléchir concrètement aux actions à entreprendre. Au-delà du résultat (plan stratégique, feuille de route, plans d'action, etc.), il est important que cette transition soit une opportunité pour réfléchir à l'attribution des tâches et à la responsabilisation des différentes entités de l'institution en charge des diverses opérations prévues.

- Réaliser, dans les trois ans suivant le diagnostic SCIROCCO-POLE, un nouveau diagnostic afin de suivre et mesurer l'évolution des différentes thématiques constitutives de la maturité des soins intégrés. Ce nouveau diagnostic servira, d'une part, à assurer un suivi longitudinal des projets menés et de leur impact, et, d'autre part, à prendre en considération l'évolution de l'environnement externe de l'institution, évaluer ses nouvelles opportunités et ses nouvelles menaces. Il permettra, en outre, de développer de nouveaux projets dans le but de poursuivre les efforts initiés et de poursuivre le chemin vers une meilleure intégration des soins. Il conviendra également de vérifier le périmètre de l'institution évaluée, grâce à la mise à jour de la carte d'identité de l'institution.

### 4.6.2.4 Responsabilités

La responsabilité de cette phase est partagée entre le Comité de direction (qui par exemple décide et ancre dans un plan stratégique les priorités, articule les projets entre eux, alloue les ressources et dicte le calendrier en fonction des contraintes) et les personnes en charge d'opérationnaliser les améliorations décidées (chef de projet, équipe de projet pour les soins intégrés, par exemple, qui choisissent et mettent en œuvre des outils de gestion et coordonnent les processus de décision).

### 4.6.2.5 Livrable

Une feuille de route, synthétisant l'évolution souhaitée pour chaque thématique du diagnostic, sur une période donnée, et des plans d'action complets pour la mise en œuvre de projets permettant l'évolution vers une meilleure intégration des soins.

## 5. CONCLUSION

Ce guide rend compte de la méthodologie utilisée pour évaluer le niveau de maturité de l'intégration des soins dans trois institutions de santé, les Pôles Santé vaudois, et dans le Canton de Vaud. Il vise à transmettre les connaissances et l'expertise développées par l'équipe de projet qui a accompagné cette évaluation et développé les matrices utilisées, respectivement SCIROCCO-POLE et SCIROCCO-CANTON. Malgré des limites, la mise en œuvre du diagnostic et les réflexions sur les améliorations possibles ont été enrichissantes pour toutes les parties prenantes du projet. Nous encourageons donc vivement les personnes qui s'engageraient dans un projet similaire à nous faire part de leurs retours sur ce guide, son utilisation, ou sur leurs expériences en matière d'évaluation de l'intégration des soins. Pour ce faire, le lecteur pourra prendre contact avec l'équipe de projet en se référant à l'adresse figurant au début du document.

Concernant la mise en œuvre de ce type de démarche, nous incitons les lecteurs à mettre en pratique les informations fournies dans ce document, y compris les recommandations découlant de notre expérience. Nous n'hésitons donc pas à souligner que l'utilisation des matrices constitue un exercice conséquent qui nécessite une importante préparation et beaucoup d'attention et de temps lors de la mise en œuvre.

Toutefois la richesse de cette évaluation est indéniable pour deux raisons :

- La matrice. Elle donne des points de repère aux évaluateurs et structure la réflexion. En outre elle permet d'établir un diagnostic relativement pragmatique en rendant plus tangible une situation complexe, grâce aux notes attribuées aux thématiques clés de l'intégration des soins. Enfin, en se positionnant sur un niveau de maturité, les participants sont amenés à identifier, en creux, les manques qui correspondraient au niveau de maturité supérieur. Ce faisant, ils identifient indirectement les éléments clés d'une feuille de route et des plans d'action subséquents. Le diagnostic n'est donc pas une fin en soi

mais le moteur des améliorations en matière d'intégration des soins de l'institution.

- La démarche par consensus. Elle nécessite du temps mais permet de confronter les perceptions et les croyances et d'agrèger les connaissances détenues par divers évaluateurs. A l'issue, l'argumentaire est plus riche car les connaissances s'avèrent être multiples et diverses ; le partage de connaissances et d'expériences crée une plus-value. Ensuite, la recherche de consensus entre évaluateurs permet d'aboutir à un constat partagé, voire apaisé.

Idéalement, le processus SCIROCCO-POLE devrait être renouvelé pour observer l'évolution de l'intégration des soins au fil du temps, dans une logique de suivi longitudinal. Notons dans notre contexte qu'une mise en perspective du diagnostic des Pôles avec celui du Canton offre une vision plus complète des opportunités et des contraintes de l'intégration des soins. En revanche, une comparaison des résultats entre institutions de même nature (par exemple entre Pôles) n'est que partiellement pertinente car les résultats d'une institution dépendent de multiples variables (périmètre d'activité, histoire, caractéristiques de la population traitée, choix organisationnels et gouvernance, etc.).

En conclusion, l'utilisation d'une matrice de maturité de l'intégration des soins n'est pas une fin en soi. C'est d'avantage le début d'un processus d'amélioration continue.

## 6. BIBLIOGRAPHIE

**Bautista, M. A. C., Nurjono, M., Lim, Y. W., Dessers, E., & Vrijhoef, H. J. (2016).** Instruments Measuring Integrated Care: A Systematic Review of Measurement Properties. *The Milbank Quarterly*, 94(4), Article 4. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12233>

**Berchtold, P., Schussel  Filliettaz, S., & Zanoni, U. (2019).** Nouvel élan pour les soins intégrés dans les cantons : Un guide (p. 40). Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé CDS. <https://www.gdk-cds.ch/soins-integres>

**DGOS. (2016).** PHARE – Performance hospitalière pour des achats responsables—Méthodologie d’élaboration d’un Plan d’Actions Achat de Territoire (PAAT)—Kit de déploiement. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_phare\\_paata\\_kit\\_appui.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_phare_paata_kit_appui.pdf)

**Grooten, L., Borgermans, L., & Vrijhoef, H. J. M. (2018).** An Instrument to Measure Maturity of Integrated Care: A First Validation Study (1). 18(1), Article 1. <https://doi.org/10.5334/ijic.3063>

**HAS. (2018).** Matrice de maturité—Guide d’utilisation : Guide d’utilisation de la matrice de maturité d’une  quipe Pacte (HAS). [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2852416/en/matrice-de-maturite](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2852416/en/matrice-de-maturite)

**Hughes, G., Shaw, S. E., & Greenhalgh, T. (2020).** Rethinking Integrated Care: A Systematic Hermeneutic Review of the Literature on Integrated Care Strategies and Concepts. *The Milbank Quarterly*, 98(2), Article 2. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12459>

**Kodner, D. L. (2009).** All together now: A conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly* (Toronto, Ont.), 13 Spec No, 6-15. <https://doi.org/10.12927/hcq.2009.21091>

**McBride, T. (2010).** Organisational theory perspective on process capability measurement scales. *Journal of Software Maintenance and Evolution: Research and Practice*, 22(4), Article 4. <https://doi.org/10.1002/spip.440>

**Nolte, E., & Pitchforth, E. (2014).** What is the evidence on the economic impacts of integrated care? Policy Summary, World Health Organization on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 11, Article 11. <https://iris.who.int/handle/10665/332002>

**Nu o Solin s, R., & Stein, K. V. (2016).** Measuring Integrated Care – The Quest for Disentangling a Gordian Knot. *International Journal of Integrated Care*, 16(3), Article 3. <https://doi.org/10.5334/ijic.2525>

**OCDE. (2010).** Améliorer le rapport co t-efficacité des systèmes de santé (2; Note de politique économique, Numéro 2). OCDE Département des Affaires économiques. <https://www.oecd.org/fr/economie/croissance/49653347.pdf>

**OCDE. (2023).** Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Éditions OCDE.  
<https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

**OCDE & OMS. (2011).** Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse 2011. OCDE.  
<https://doi.org/10.1787/9789264120938-fr>

**OCDE/Union européenne. (2022).** Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. Organisation de coopération et de développement économique OCDE.  
[https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022\\_507433b0-en](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. Office fédéral de la santé publique OFSP.  
<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheitspolitische-strategie-2030.html>

**OMS. (2016).** Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne : Rapport du Secrétariat (Rapport du Secrétariat Soixante-neuvième assemblée mondiale de la santé A69/39. Point 16.1 de l'ordre du jour provisoire 15 avril 2016; Numéro Soixante-neuvième assemblée mondiale de la santé A69/39. Point 16.1 de l'ordre du jour provisoire 15 avril 2016, p. 14). OMS.  
<https://iris.who.int/handle/10665/250915>

**Peytremann-Bridevaux, I., Schusselé Fillietaz, S., Berchtold, P., Grossglauser, M., Pavlickova, A., & Gilles, I. (2021).** Healthcare system maturity for integrated care: Results of a Swiss nationwide survey using the SCIROCCO tool. *BMJ Open*, 11(2), Article 2.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041956>

**Wendler, R. (2012).** The maturity of maturity model research: A systematic mapping study. *Information and Software Technology*, 54(12), Article 12.  
<https://doi.org/10.1016/j.infsof.2012.07.007>

**Whitehouse, D., Lange, M., Henderson, D., & Pavlickova, A. (2019).** SCIROCCO, D2.3-Layman-Version-of-The-Final-Report-WP2 Dissemination and Exploitation (Public version Ref. Ares(2019)3699347-09/06/2019; Numéro Ref. Ares(2019)3699347-09/06/2019, p. 17). European Union.  
<https://www.scirocco-project.eu/wp-content/uploads/2019/10/D2.3-Layman-version-of-final-report-Final-V1.1.pdf>

## 7. GLOSSAIRE

**Canton** : En Suisse, les cantons désignent les États qui composent la Confédération helvétique. Cantons et Confédération détiennent chacun des prérogatives en matière de santé.

**Institution de santé** : Le terme institution de santé renvoie à tous les acteurs prestataires de soins. Les Pôles Santé vaudois sont par exemple considérés comme une institution de santé ; au sein d'un canton peuvent être considérés comme des institutions de santé des hôpitaux, des cliniques, des organisations de soins à domicile, des cabinets libéraux de soignants, etc.

**Matrice de maturité** : De manière générique, une matrice de maturité est un instrument méthodologique utilisé pour évaluer et mesurer le niveau de maturité d'une organisation dans un domaine spécifique. Elle sert généralement à établir un diagnostic précis des pratiques et des compétences liées à un objectif stratégique donné. Une matrice de maturité repose souvent sur des thématiques spécifiques et des critères et indicateurs pertinents, définis en fonction des normes ou des meilleures pratiques dans le domaine d'étude. Les niveaux de maturité sont structurés de manière hiérarchique, reflétant l'évolution progressive des capacités organisationnelles, des processus ou des compétences.

**Organisation de santé** : Dans ce guide, une organisation de santé est une entité juridique publique ou privée, à but lucratif ou non lucratif ou qui appartient à l'économie sociale et solidaire (association, fondation, régulateur, coordinateur, etc.).

**Pôle Santé (vaudois)** : Les trois Pôles Santé du Canton de Vaud sont des institutions de santé. Ils intègrent au sein de leur propre entité juridique des activités multiples mais différentes selon le pôle : soins ambulatoires et hospitaliers, en court, moyen et long séjour, hébergements médico-sociaux, cabinets de médecine générale ou spécialisée, soins à domicile, etc. Ils collaborent également avec d'autres prestataires de soins, tels les réseaux de santé, ou des acteurs régionaux, lorsque leurs prestations ne couvrent pas les besoins de leur patientèle. Notons à ce propos que les patients

n'ont pas l'obligation d'avoir recours aux prestations délivrées par les Pôles Santé ; ils sont totalement libres de leurs choix.

**Réseaux Santé Vaud** : Les quatre Réseaux Santé vaudois (Haut-Léman, Nord Broye, La Côte, Région Lausanne) ont pour missions 1) de promouvoir la collaboration interinstitutionnelle au niveau régional pour améliorer la coordination des soins et l'orientation des usagers dans le système de santé (la liberté de choix des patients étant réservée) et 2) de constituer une instance de préavis pour le département de la santé du canton de Vaud, en matière de politique sanitaire (voir également les activités principales des Réseaux Santé Vaud dans la loi LRS 810.02 du 30 janvier 2007 du canton de Vaud).

**Réunion de consensus de type I ou de type II** : Les réunions de type I ont comme objectif d'atteindre un consensus entre les évaluateurs qui ont des responsabilités de niveau stratégique ou de direction d'un côté (membres de Comité de direction, élus, représentants de l'autorité de santé, etc.) et les évaluateurs qui n'en ont pas de l'autre (chefs de projet, cadres intermédiaires, employés, patients, proches aidants, etc.). Les réunions de type II sont des réunions visant à atteindre un consensus entre représentants des deux groupes précédemment mentionnés.

**Soins intégrés / intégration des soins** : L'OMS (OMS, 2016, p.2) les définit 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 (Kodner, 2009) les définit quant à lui 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 ».

# 8. ANNEXES

## 8.1 ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE SCIROCCO-POLE

### Table des matières

<b>Thématique 1</b> : Coordination des processus .....	42
<b>Thématique 2</b> : Gestion de l'innovation .....	43
<b>Thématique 3</b> : Développement des compétences .....	45
<b>Thématique 4</b> : Levée des obstacles .....	46
<b>Thématique 5</b> : Financement.....	48
<b>Thématique 6</b> : Empowerment .....	50
<b>Thématique 7</b> : Méthodes d'évaluation .....	51
<b>Thématique 8</b> : Approche populationnelle .....	53
<b>Thématique 9</b> : Infrastructure numérique .....	55
<b>Thématique 10</b> : Structure et gouvernance .....	57
<b>Thématique 11</b> : Disposition au changement.....	58
<b>Thématique 12</b> : L'ampleur des ambitions .....	60

## Thématique 1 : Coordination des processus

### Explications de la thématique

Le système de santé est constitué d'un ensemble complexe de processus interdépendants. Pour améliorer la qualité et l'efficacité du système et éviter les duplications inutiles, des procédures, des trajectoires patients, des règles de bonnes pratiques doivent être établies, partagées et suivies. Lorsque la prise en charge du patient implique l'intervention de plusieurs professionnels (par exemple lorsque le patient a une maladie chronique, une maladie rare ou lorsque sa situation psychosociale est complexe), il est encore plus nécessaire de développer la coordination des processus. Les trajectoires patients (ou « parcours de soins » ou « itinéraires cliniques ») basées sur des standards de soins, des lignes directrices ou des bonnes pratiques sont couramment utilisées pour la planification structurée et détaillée du processus de prise en charge.

### Exemples concernant la thématique

Globalement, la question est de savoir si et comment le Pôle a créé et mis en place la stratégie et les moyens favorables à la coordination des processus.

Concrètement, on peut notamment se demander si le Pôle a :

- Mis en œuvre des processus et utilise des outils qui permettent la collaboration entre les secteurs (par ex. sous forme d'itinéraires cliniques, de protocoles / règles de bonnes pratiques ou de procédures partagées) ;
- Etabli des contrats, des accords formalisés, des chartes de collaboration entre prestataires de soins ;
- Mis en place des espaces de concertations (par ex. colloques ou réunions interdisciplinaires, réseaux) permettant de définir les rôles et modalités d'action des parties prenantes (incluant le patient et les proches aidants) et de planifier le processus de soins en fonction d'objectifs définis en commun et connus de tous ;
- Développé de nouveaux rôles pour les professionnels (par ex. case manager, gestionnaire de parcours de soins, coordinateur de soins oncologiques, équipe de liaison gériatrique, coordinateur de l'aide et des soins à domicile) mais également pour les patients (patient-expert ou pair-aidant - personnes qui ont vécu / vivent avec la même maladie et qui apportent leur expérience et leur soutien) ;
- Développé des stratégies qui favorisent le travail en équipes pluridisciplinaires (ex : formation, outils de communication avec le patient, connaissance du réseau de prestataires, etc.).

Ces nouveaux processus et services doivent idéalement être fondés sur des données probantes, formalisés (énoncé explicite des objectifs et des éléments clés de la prise en charge) et leur déploiement négocié entre toutes les parties prenantes. Ils doivent en outre être standardisés et si possible appliqués dans l'ensemble du Pôle.

## Echelle de maturité

Concernant des prestations ou des projets de soins intégrés,

- 0 - Il n'existe pas de reconnaissance au niveau du Pôle de la nécessité de coordonner les processus.
- 1 - La coordination des processus est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle mais le consensus sur l'ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments n'ont pas débuté.
- 2 - La coordination des processus est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; la coordination des processus est mise en œuvre de manière limitée, localement, ponctuellement ou partiellement.
- 3 - La coordination des processus est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; la coordination des processus est progressivement mise en œuvre au niveau du Pôle.
- 4 - La coordination des processus est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; la coordination des processus est mise en œuvre de manière (quasiment) généralisée au niveau du Pôle.
- 5 - La coordination des processus est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; la coordination des processus est mise en œuvre de manière généralisée au niveau du Pôle, de manière proactive, dans une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.

## Thématique 2 : Gestion de l'innovation

### Explications de la thématique

La gestion des innovations est un sujet clé pour faire progresser l'intégration des soins. Cela nécessite que les idées et les innovations mises en place puissent être reconnues, évaluées, et dans la mesure du possible, transposées à plus grande échelle afin de profiter à tous. Il s'agit donc de gérer le processus d'innovation de manière à obtenir les meilleurs résultats pour l'intégration des soins réalisée au niveau du Pôle, et de veiller à ce que les idées soient encouragées et récompensées.

Pour une institution de soins, l'innovation peut venir de l'intérieur ou de l'extérieur. De l'intérieur, bon nombre des meilleures idées sont susceptibles de provenir de professions médicales ou paramédicales et plus largement de tous les professionnels ancrés sur le terrain, des patients, des proches aidants ou des citoyens qui identifient où il est possible d'apporter des améliorations par rapport aux prises en charge ou processus existants.

En parallèle, il est intéressant de s'inspirer des innovations issues de l'extérieur du Pôle (prestataires de soins publics ou privés, entreprises d'autres secteurs, universités, etc.). Nombreux sont ceux qui développent des nouvelles technologies, testent des améliorations de processus et fournissent de nouveaux services qui pourraient répondre aux besoins des professionnels, patients, proches aidants et plus largement des citoyens.

## Exemples concernant la thématique

Globalement, la question est de savoir si et comment le Pôle a créé et mis en place la stratégie et les moyens favorables à une gestion de l'innovation, permettant de soutenir et de développer les soins intégrés.

Concrètement, on peut se demander si le Pôle a créé un écosystème favorable à l'innovation en matière de soins intégrés et notamment s'il :

- Favorise un climat et une culture de l'innovation en interne.
- Promeut les initiatives innovantes, qu'elles soient individuelles ou collectives, qu'elles viennent des professionnels du Pôle ou d'ailleurs au sein du système de santé, ou d'autres acteurs tels que des universités, des entreprises du secteur privé quels que soient leurs secteurs d'activité.
- Apporte un soutien concret aux porteurs de projets, notamment par du temps ou des décharges d'heures accordées aux professionnels qui y participent, par des financements dédiés, par la reconnaissance de savoir-faire et de compétences en matière d'innovation et la mise en relation des personnes en disposant, etc...
- Collecte, diffuse, communique et met en lumière les projets, leurs résultats, les meilleures pratiques, les retours d'expériences concernant les projets innovants en matière d'intégration des soins.
- Favorise la participation et la création de partenariats pour la mise en œuvre de projets innovants, quelle que soit la nature juridique des acteurs (public ou privé) ou leur origine géographique (locale, cantonale, régionale, nationale, internationale).
- Accepte de partager et de gérer les risques de l'innovation : retards, solutions alternatives, résultats mitigés, échecs, etc.

## Echelle de maturité

Concernant des prestations ou des projets de soins intégrés,

0 - Il n'existe pas de reconnaissance au niveau du Pôle de la nécessité de gérer l'innovation.

1 - La gestion de l'innovation est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle mais le consensus sur l'ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments n'ont pas débuté.

2 - La gestion de l'innovation est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; un processus de gestion de l'innovation est mis en œuvre de manière limitée, localement, ponctuellement ou partiellement.

3 - La gestion de l'innovation est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; un processus de gestion de l'innovation est progressivement mis en œuvre au niveau du Pôle.

4 - La gestion de l'innovation est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; un processus de gestion de l'innovation est mis en œuvre de manière (quasiment) généralisée au niveau du Pôle.

5 - La gestion de l'innovation est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; un processus de gestion de l'innovation est mis en œuvre de manière généralisée au niveau du Pôle, de manière proactive, dans une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.

### Thématique 3 : Développement des compétences

#### Explications de la thématique

Le développement des compétences et des connaissances est le processus par lequel les individus et les organisations acquièrent, améliorent et conservent les compétences et les connaissances nécessaires pour s'acquitter de leurs tâches. À mesure que les systèmes de prise en charge se transforment, de nombreux nouveaux rôles doivent être créés et de nouvelles compétences être développées. Ils peuvent toucher tous les domaines : du médical aux soins en passant par la technologie, la gestion de projet ou les fonctions de management. Les institutions de santé doivent devenir des « systèmes apprenant » s'efforçant continuellement d'améliorer la qualité, les coûts et l'accès aux soins.

#### Exemples concernant la thématique

Globalement, la question est de savoir si et comment le Pôle a créé et mis en place la stratégie et les moyens favorables au développement des compétences et connaissances nécessaires à la mise en œuvre de soins intégrés.

Concrètement, on peut notamment se demander si le Pôle :

- Agit pour augmenter les compétences et les connaissances des professionnels du Pôle, par exemple :
  - › En dialoguant avec les représentants des professionnels impliqués dans les soins intégrés pour définir les profils de compétences et de connaissances utiles aux soins intégrés.
  - › En reconnaissant la nécessité que ses collaborateurs soient formés aux soins intégrés et aux thématiques spécifiques (comme le plan de soins partagé, l'empowerment, la collaboration interprofessionnelle, la conduite du changement, la collecte et l'analyse des données, les nouveaux systèmes d'information et la digitalisation de la santé, etc.).
  - › En encourageant la formation continue et en développant les systèmes de mentorat.
  - › En fournissant des outils et des processus pour permettre aux équipes d'autoévaluer et de développer leurs propres compétences et connaissances.
  - › En validant l'acquisition des compétences ou des connaissances (par exemple via des éléments de salaire, des rôles spécifiques ou des parcours professionnels différenciés).
- Assure un recrutement adéquat de personnel permettant de développer les soins intégrés et adapte les profils de compétences et de connaissances à cet objectif.

- Met en œuvre une politique de fidélisation des professionnels notamment avec un soutien concernant des bilans de compétences, une adaptation des parcours professionnels, la formation continue, la reconnaissance et la valorisation de l'expérience acquise, etc.
- Crée un environnement permettant la diffusion et le partage des nouvelles compétences et connaissances.

### **Echelle de maturité**

Concernant des prestations ou des projets de soins intégrés,

0 - Il n'existe pas de reconnaissance au niveau du Pôle de la nécessité de développer les compétences et les connaissances.

1 - Le développement des compétences et des connaissances est reconnu comme stratégique au niveau du Pôle mais le consensus sur l'ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments n'ont pas débuté.

2 - Le développement des compétences et des connaissances est reconnu comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; le développement des compétences et des connaissances est mis en œuvre de manière limitée, localement, ponctuellement ou partiellement.

3 - Le développement des compétences et des connaissances est reconnu comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; le développement des compétences et des connaissances est mis en œuvre progressivement au niveau du Pôle.

4 - Le développement des compétences et des connaissances est reconnu comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; le développement des compétences et des connaissances se concrétise de manière (quasiment) généralisée au niveau du Pôle.

5 - Le développement des compétences et des connaissances est reconnu comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; le développement des compétences et des connaissances est mis en œuvre de manière généralisée au niveau du Pôle, de manière proactive, dans une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.

## **Thématique 4 : Levée des obstacles**

### **Explications de la thématique**

Des obstacles apparaissent au cours de tout processus de changement (par exemple : des questions juridiques liées à la gouvernance des données, des résistances chez les individus ou corps professionnels, des obstacles culturels à l'utilisation de la technologie, des aspects financiers négatifs ou le manque de compétences). Ces obstacles doivent être identifiés et reconnus en temps utile, et un plan d'action doit être élaboré pour les lever, y remédier et minimiser leur impact.

## Exemples concernant la thématique

Globalement, la question est de savoir si et comment le Pôle a créé et mis en place la stratégie et les moyens favorables à l'identification et à la levée des obstacles, permettant de soutenir et de développer les soins intégrés.

Concrètement, on peut notamment se demander si le Pôle a par exemple :

- Développé des stratégies pour identifier les obstacles à la mise en place de soins intégrés, notamment en collectant des informations via des outils, dispositifs, études, procédures standardisées ou directives qui permettent d'identifier ou de signaler les obstacles (par exemple pour des projets pilotes implémentés à l'échelle d'une équipe, d'un service, d'un département ou d'un secteur d'activité)
- Mis en place des actions pour supprimer les obstacles identifiés. Par exemple,
  - › En communiquant et formant les managers et professionnels de santé du Pôle (mais aussi les partenaires externes du Pôle) sur une meilleure compréhension des risques liés aux changements et aux éléments nouveaux tels que :
    - › Les prestations, les pratiques de prise en charge / prise en soins, les actes médico-soignants ;
    - › La gestion de l'information, le partage des données, les technologies ;
    - › Les financements (de prestations mais aussi, par exemple, des rôles de case management, des réseaux ou des colloques interdisciplinaires) ;
    - › Les nouvelles directives ou réglementations.
  - › En mettant en place un processus et des outils pour traiter les obstacles identifiés, les signaler tant au niveau du terrain que des instances dirigeantes et pour identifier les solutions via :
    - › Des systèmes de type « gestion des incidents » (comme SEGI), retours d'expériences, non-conformités, pistes d'amélioration, outils de type PDCA, roue de Deming, SMQ, audits, etc.
    - › De nouvelles organisations collaboratives entre professionnels et entre services / départements / secteurs (par ex. commissions qualité / sécurité, groupes de travail, etc.).

## Echelle de maturité

Concernant des prestations ou des projets de soins intégrés,

0 - Il n'existe pas de reconnaissance au niveau du Pôle de la nécessité d'identifier et de lever les obstacles à la mise en place de soins intégrés.

1 - L'identification et la levée des obstacles sont reconnues comme stratégiques au niveau du Pôle mais le consensus sur l'ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments n'ont pas débuté.

2 - L'identification et la levée des obstacles sont reconnues comme stratégiques au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; l'identification et la levée des obstacles sont mises en œuvre de manière limitée, localement, ponctuellement ou partiellement.

3 - L'identification et la levée des obstacles sont reconnues comme stratégiques au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'identification et la levée des obstacles sont progressivement mises en œuvre au niveau du Pôle.

4 - L'identification et la levée des obstacles sont reconnues comme stratégiques au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'identification et la levée des obstacles sont mises en œuvre de manière (quasiment) généralisée au niveau du Pôle.

5 - L'identification et la levée des obstacles sont reconnues comme stratégiques au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'identification et la levée des obstacles sont mises en œuvre de manière généralisée au niveau du Pôle, de manière proactive, dans une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.

## Thématique 5 : Financement

### Explications de la thématique

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.

### Exemples concernant la thématique

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 :

- 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 :
  - › 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.).
  - › 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.

- › 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.

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.

### **Echelle de maturité**

Concernant des prestations ou des projets de soins intégrés,

0 - Il n'existe pas de reconnaissance au niveau du Pôle de la nécessité d'adapter le financement.

1 - Le financement des soins intégrés est reconnu comme stratégique au niveau du Pôle mais le consensus sur l'ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments n'ont pas débuté.

2 - Le financement des soins intégrés est reconnu comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; des modalités de financement favorisant le développement des soins intégrés sont mises en œuvre de manière limitée, localement, ponctuellement ou partiellement.

3 - Le financement des soins intégrés est reconnu comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; des modalités de financement favorisant le développement des soins intégrés sont progressivement mises en œuvre au niveau du Pôle.

4 - Le financement des soins intégrés est reconnu comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; des modalités de financement favorisant le développement des soins intégrés sont mises en œuvre de manière (quasiment) généralisée au niveau du Pôle.

5 - Le financement des soins intégrés est reconnu comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; des modalités de financement favorisant le développement des soins intégrés sont mises en œuvre de manière généralisée au niveau du Pôle, de manière proactive, dans une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.

## Thématique 6 : Empowerment

### Explications de la thématique

Le développement des soins intégrés est favorisé par l'amélioration du pouvoir d'agir des citoyens, patients et proches aidants, communément appelé « empowerment ». Cet empowerment peut contribuer à prévenir ou à alléger la demande en soins et prestations sociales. La littérature et les faits suggèrent que de nombreux patients ou proches aidants souhaitent et peuvent s'impliquer davantage dans les décisions concernant leur santé et leur prise en charge, les solutions à envisager, les conditions ou les lieux dans lesquels ces solutions sont mises en œuvre.

L'empowerment des citoyens, des patients ou des proches aidants requiert toutefois que ces personnes soient informées, activement impliquées dans les décisions et le développement de services et prestations. Il faut également que leurs décisions et contributions soient prises en compte. L'empowerment ne se limite donc pas à l'éducation thérapeutique ou à une meilleure information ou sensibilisation du public et des personnes concernées. Il dépend aussi d'une culture du partenariat, c'est-à-dire d'un dialogue entre d'un côté les bénéficiaires et de l'autre les professionnels et la Direction du Pôle.

### Exemples concernant la thématique

Globalement, la question est de savoir si et comment le Pôle a créé et mis en place la stratégie et les moyens favorables à l'empowerment des citoyens, des patients ou des proches aidants, permettant ainsi de soutenir et de développer les soins intégrés.

Concrètement, pour favoriser le développement des soins intégrés, le Pôle doit :

- Mettre en œuvre la promotion, la prévention et l'éducation en matière de santé et informer au sujet des prestations disponibles.
- Considérer les citoyens, les patients ou les proches aidants comme des parties prenantes au même titre que les professionnels. D'une part pour favoriser leur implication dans les décisions qui ont un impact sur eux. D'autre part, pour les impliquer dans les réflexions et le développement de services et prestations les concernant.
- Sensibiliser et/ou former les citoyens, patients, proches aidants et les professionnels au partenariat et à la co-production de services et prestations.
- Valoriser l'implication des réseaux, des associations ou des communautés de pratiques qui favorisent l'échange et le partenariat entre personnes concernées par une problématique commune, en lien avec les activités du Pôle.
- Valoriser le recours aux citoyens, patients ou proches aidants « experts » ou « partenaires » pour qu'ils puissent donner leur avis et co-construire la stratégie et le développement des soins intégrés du Pôle.
- Inscrire le critère du partenariat et de la co-production dans le cahier des charges du Pôle.
- Développer les technologies digitales qui facilitent la collecte et le partage d'informations entre toutes les parties prenantes.

## Echelle de maturité

Concernant des prestations ou des projets de soins intégrés,

0 - Il n'existe pas de reconnaissance au niveau du Pôle de la nécessité d'améliorer l'empowerment des citoyens, patients et proches aidants.

1 - L'empowerment est reconnu comme stratégique au niveau du Pôle mais le consensus sur l'ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments n'ont pas débuté.

2 - L'empowerment est reconnu comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; l'empowerment est mis en œuvre de manière limitée, localement, ponctuellement ou partiellement.

3 - L'empowerment est reconnu comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'empowerment est progressivement mis en œuvre au niveau du Pôle.

4 - L'empowerment est reconnu comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'empowerment est mis en œuvre de manière (quasiment) généralisée au niveau du Pôle.

5 - L'empowerment est reconnu comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'empowerment est mis en œuvre de manière généralisée au niveau du Pôle, de manière proactive, dans une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.

## Thématique 7 : Méthodes d'évaluation

### Explications de la thématique

À mesure que de nouveaux parcours et services sont introduits pour soutenir les soins intégrés, il est essentiel d'évaluer les effets sur la qualité de la prise en charge, les coûts, l'accès aux soins ou l'expérience des patients. L'évaluation permet de vérifier le niveau réel des changements. Les résultats récoltés permettent également d'alimenter des bases de données puis de déterminer des références. Ces dernières pourront être utiles en matière de prévision, pour anticiper les impacts de futurs projets de soins intégrés et constituer des références de bonne pratique.

L'attention doit être portée également sur l'utilisation de méthodes d'évaluation adéquates et reconnues. Seules celles-ci permettront de disposer de données probantes, de constituer des preuves permettant d'alimenter les décisions, au regard des coûts induits, et de développer des bonnes pratiques.

Il convient de réaliser des évaluations structurées et rigoureuses, favoriser la transparence des résultats pour amener à identifier ce qui peut encore être amélioré.

Au niveau du Pôle, cela nécessite de promouvoir, de développer et de mettre en œuvre une stratégie de l'évaluation, ciblée sur des aspects / sujets préalablement identifiés (pour ne pas démultiplier excessivement les démarches d'évaluation) et de promouvoir les méthodes adéquates, permettant le dialogue des différentes parties prenantes (internes et externes).

## Exemples concernant la thématique

Globalement, la question est de savoir si et comment le Pôle a créé et mis en place la stratégie et les moyens favorables à l'évaluation des prestations et des projets de soins intégrés.

Concrètement, le Pôle doit être attentif à :

- Définir une stratégie d'évaluation ciblée et en adéquation avec ses objectifs ;
- Développer ses données de référence (sur le coût, la qualité, l'accès, etc.) et utiliser des données de références (les siennes ou d'autres) pour réaliser des analyses prévisionnelles des impacts ou résultats de l'introduction de nouveaux services de soins intégrés ;
- Mesurer les impacts ou résultats réels de nouveaux services et parcours de soins ;
- Utiliser des types d'évaluation adéquats, en fonction du moment de l'évaluation, par exemple :
  - › En phase de test, alors que des ajustements peuvent être nécessaires, une récolte de données issues des discussions peut être pertinente ;
  - › Par la suite, les études économiques ou des études observationnelles peuvent être plus pertinentes ;
  - › Enfin, des démarches d'amélioration continue (via des outils tels que « Roue de Deming », « PDCA ») peuvent également être utiles.

Les évaluations peuvent porter sur des projets pilotes mais aussi sur des services existants.

Les méthodes d'analyse peuvent donc être qualitatives ou quantitatives. Les méthodologies peuvent être empruntées aux spécialistes (universitaires ou non) des services de santé ou de santé publique, des sciences de gestion, de l'économie, de l'ingénierie, etc. Le Pôle peut solliciter les services opérationnels du Canton, ses pairs, mais également se référer à ce qui est fait par des institutions similaires d'autres Cantons, voire d'autres pays, ou identifier des exemples dans d'autres secteurs d'activités, présentant des logiques similaires. Il peut également avoir recours à des prestataires externes (publics ou privés), sous forme de mandats, de projets de recherche ou de partenariats divers.

## Echelle de maturité

Concernant des prestations ou des projets de soins intégrés,

0 - Il n'existe pas de reconnaissance au niveau du Pôle de la nécessité de les évaluer.

1 - Leur évaluation est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle mais le consensus sur l'ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments n'ont pas débuté.

2 - Leur évaluation est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; l'évaluation des prestations et projets de soins intégrés est mise en œuvre de manière limitée, localement, ponctuellement ou partiellement.

3 - Leur évaluation est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'évaluation des prestations et projets de soins intégrés est progressivement mise en œuvre au niveau du Pôle.

4 - Leur évaluation est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'évaluation des prestations et projets de soins intégrés est mise en œuvre de manière (quasiment) généralisée au niveau du Pôle.

5 - Leur évaluation est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'évaluation des prestations et projets de soins intégrés est mise en œuvre de manière généralisée au niveau du Pôle, de manière proactive, dans une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.

## Thématique 8 : Approche populationnelle

### Explications de la thématique

L'approche populationnelle est un des déterminants de la qualité des soins intégrés. Il s'agit d'une démarche axée sur la prévention et les approches communautaires qui vise à améliorer la santé de l'ensemble de la population d'un territoire donné en anticipant les besoins. Il s'agit ainsi d'abord d'identifier et d'analyser les risques de la population vivant dans une zone de soins, ses besoins spécifiques, les ressources disponibles dans l'environnement et les ressources manquantes. Sur cette base, il s'agit ensuite de mettre en place des actions spécifiques (en fonction de caractéristiques liées à l'état de santé et/ou à la consommation de soins, ou encore à des facteurs démographiques, socio-économiques, culturels, etc.).

L'approche populationnelle se traduit concrètement, par exemple :

- Par l'identification de l'état de santé général de la population, les pathologies spécifiques de celle-ci, celles sur lesquelles un dépistage, un suivi ou de l'éducation thérapeutique pourraient être mis en place ;
- Par l'organisation de campagnes de prévention ou de soins, pour des pathologies ciblées (par exemple vaccination contre la grippe à l'attention des personnes âgées de 65 ans et plus, dépistage du cancer du sein, prévention des addictions, etc.) ;
- Par des programmes de promotion de la santé, en général, qui s'adressent à l'ensemble de la population (par exemple campagnes de promotion de l'activité physique ou sur les risques d'une consommation élevée de sucre, etc.).

Les efforts ne doivent pas seulement être focalisés sur les personnes ayant un besoin de soins élevé, mais également sur les individus à risque de basculer dans la catégorie de personnes dépendantes et plus largement sur l'ensemble de la population. L'approche populationnelle offre ainsi les moyens d'agir à l'avance, de prédire et anticiper, pour que les citoyens puissent se maintenir en santé le plus longtemps possible et être moins dépendants des services de prise en charge / soins.

## Exemples concernant la thématique

Globalement, la question est de savoir si et comment le Pôle a créé et mis en place la stratégie et les moyens favorables à la mise en œuvre d'une approche populationnelle.

Concrètement, on peut notamment se demander si le Pôle :

- Analyse, voire collecte lui-même, des données concernant les risques de santé, les maladies et l'utilisation des services de santé.
- Anticipe et monitoré la demande future.
- Prend des mesures pour réduire les risques de santé par ses prestations et leur intégration.
- Répond aux besoins de la population et adapte les approches en fonction des besoins et compte tenu des inégalités sociales et de santé.
- Prend des mesures pour orienter la population vers des parcours de prise en charge / soins plus appropriés en se basant notamment sur les préférences des usagers des services de santé.

## Echelle de maturité

Concernant des prestations ou des projets de soins intégrés,

0 - Il n'existe pas de reconnaissance au niveau du Pôle de la nécessité d'adopter une approche populationnelle.

1 - L'approche populationnelle est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle mais le consensus sur l'ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments n'ont pas débuté.

2 - L'approche populationnelle est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; l'approche populationnelle est mise en œuvre de manière limitée, localement, ponctuellement ou partiellement.

3 - L'approche populationnelle est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'approche populationnelle est progressivement mise en œuvre au niveau du Pôle.

4 - L'approche populationnelle est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'approche populationnelle est mise en œuvre de manière (quasiment) généralisée au niveau du Pôle.

5 - L'approche populationnelle est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'approche populationnelle est mise en œuvre de manière généralisée au niveau du Pôle dans une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.

## Thématique 9 : Infrastructure numérique

### Explications de la thématique

Pour favoriser les soins intégrés, il convient de déployer une infrastructure numérique adéquate. Cette dernière fait référence à tous les éléments en lien avec les équipements informatiques, les logiciels, les systèmes informatiques, les équipements ou technologies connectés mais également les sites internet ou applications web dédiés.

Cette infrastructure numérique facilite l'accès aux services et prestations, le partage des données et de l'information, la collaboration entre les institutions, les diverses équipes médicales et de soins, les patients et les proches aidants et plus largement les citoyens.

L'infrastructure numérique fait référence au partage de données cliniques (c'est-à-dire aux données sur les patients) mais pas seulement. Elle doit également permettre de gérer, quantifier, mesurer, analyser des activités et des résultats. Ainsi, elle doit intégrer des données administratives de l'institution de soins et de ses différents départements, services, etc. : pour ses ressources humaines, ses aspects d'organisation et de logistique liés aux prestations (planification des prestations entre professionnels ou organisations), ses données financières (par exemple un système informatique commun de comptabilité entre ses différentes structures), ses données de gestion de la qualité (comme des outils informatiques de dashboard), ou encore de stockage ou d'archivage de documents.

Les systèmes utilisés peuvent être identiques ou non, tout l'enjeu réside dans leur interopérabilité (c'est-à-dire leur compatibilité entre eux), dans les formats d'échange et de stockage de données dont l'uniformisation doit être privilégiée, dans la sécurité et les capacités accrues d'utilisations mobiles (compatibilité smartphones, tablettes, etc.).

### Exemples concernant la thématique

Globalement, la question est de savoir si et comment le Pôle a créé et mis en place la stratégie et les moyens favorables à une infrastructure numérique adéquate, permettant de soutenir et de développer les soins intégrés.

Concrètement, on peut notamment se demander si le Pôle par exemple :

- A défini, communiqué et met en œuvre une stratégie concernant son infrastructure numérique, afin de :
  - › Garantir un accès facilité aux informations et aux prestations en tout temps et en toute circonstance, sans contrainte de disponibilité de personnel.
  - › Sécuriser les données des patients, des professionnels, des organisations, des registres et services en ligne.
  - › Garantir un fonctionnement en mode dégradé en cas de risque de cybersécurité ou de difficulté d'alimentation de l'infrastructure.
- Applique la réglementation ou les directives cantonales ou de la Confédération concernant les infrastructures numériques.

- Dégage les investissements nécessaires pour mettre en place les composants essentiels de son infrastructure numérique : réseau, ERP, logiciels, applications, ordinateurs, outils, gestion des utilisateurs...
- Intègre toutes les parties prenantes (services internes, professionnels, patients, proches aidants et citoyens) dans sa stratégie ou si celle-ci ne concerne qu'une partie d'entre eux.
- Optimise son infrastructure en limitant le nombre de points d'intégration technique à gérer (nombre de logiciels différents utilisés) et favorise l'interopérabilité des systèmes qu'il utilise et favorise leur compatibilité.
- A mis en œuvre une stratégie de gestion dynamique des habilitations (autorisations des personnels à accéder à tel ou tel système) et un système VPN (connexion chiffrée et sécurisée) adéquat.
- A mis en place un dossier électronique des patients (DEP) qui puisse être accessible par toutes les parties prenantes.
- A mis en place des outils numériques pour soutenir le travail interdisciplinaire (par ex. plan de soins partagé, plateforme collaborative, gestion des salles de réunion, etc.).
- Priorise les services numériques afin de garantir un accès facilité aux informations et prestations des patients et proches aidants en tout temps et en toute circonstance, sans contrainte de disponibilité de personnel.
- Utilise de nouvelles technologies numériques favorisant la participation des patients à l'intégration des soins tels que la télémédecine, la téléconsultation, des e-applications, dispositifs médicaux connectés, etc.
- Promeut et soutient la formation des utilisateurs internes et externes aux nouveaux outils numériques et à leurs usages.

### Echelle de maturité

Concernant des prestations ou des projets de soins intégrés,

0 - Il n'existe pas de reconnaissance au niveau du Pôle de la nécessité d'adapter l'infrastructure numérique.

1 - L'infrastructure numérique est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle mais le consensus sur l'ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments n'ont pas débuté.

2 - L'infrastructure numérique est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens et il y a un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; une infrastructure numérique adaptée est mise en œuvre de manière limitée, localement, ponctuellement ou partiellement.

3 - L'infrastructure numérique est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; une infrastructure numérique adaptée est progressivement mise en œuvre au niveau du Pôle.

4 - L'infrastructure numérique est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; une infrastructure numérique adaptée est mise en œuvre de manière (quasiment) généralisée au niveau du Pôle.

5 - L'infrastructure numérique est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; une infrastructure numérique adaptée est mise en œuvre de manière généralisée au niveau du Pôle, de manière proactive, dans une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.

## Thématique 10 : Structure et gouvernance

### Explications de la thématique

La mise en place de prestations ou de projets de soins intégrés nécessite d'adapter la structure et la gouvernance du Pôle.

La structure et la gouvernance renvoient à plusieurs éléments complémentaires de l'organisation et du fonctionnement d'une institution de santé (comme par exemple d'un Pôle). On peut notamment mentionner son architecture générale, son ossature, l'agencement et l'articulation des différents organes, les règles de décision, d'information (transparence) et de surveillance permettant à toutes les parties prenantes de l'institution de santé de voir leurs intérêts respectés et leurs voix entendues. Pour parvenir à développer des prestations et des projets de soins intégrés, les règles, les tâches, le contrôle et la coordination des parties prenantes (y compris des patients, des proches aidants, des citoyens) doivent être adaptés. Il s'agit aussi de mettre en place une structure et une gouvernance permettant à la collaboration de prendre le pas sur les intérêts individuels.

### Exemples concernant la thématique

Globalement, la question est de savoir si et comment le Pôle a créé et mis en place la stratégie et les moyens favorables à une structure et une gouvernance adéquates, pour soutenir et développer les soins intégrés.

Concrètement, le Pôle a-t-il notamment travaillé sur :

- L'intégration administrative et numérique de tous les services pour favoriser la transversalité des prises en charge / soins, la collaboration de l'ensemble des collaborateurs, des patients, proches aidants et citoyens.
- La transparence de l'information, la consultation ou l'intégration de représentants de collaborateurs du Pôle ainsi que de patients, proches aidants ou citoyens dans les décisions de développement, la mise en œuvre opérationnelle ou les évaluations des prestations et des projets de soins intégrés (par exemple dans des organes de direction ou de consultation, des comités de pilotage ou des groupes de travail, de réflexion ou de proposition, des commissions).
- Le développement de formes de leadership partagé, collaboratif, interdisciplinaire, avec et au sein des équipes qui développent les soins intégrés et avec les patients, les proches-aidants ou les citoyens.
- Le soutien à la collaboration entre ses services de soins et ceux des acteurs locaux externes concernant l'intégration des soins.

## Echelle de maturité

Concernant des prestations ou des projets de soins intégrés,

0 - Il n'existe pas de reconnaissance au niveau du Pôle de la nécessité d'adapter la structure et la gouvernance.

1 - L'adaptation de la structure et de la gouvernance est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle mais le consensus sur l'ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments n'ont pas débuté.

2 - L'adaptation de la structure et de la gouvernance est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; l'adaptation de la structure et de la gouvernance est mise en œuvre de manière limitée, localement, ponctuellement ou partiellement.

3 - L'adaptation de la structure et de la gouvernance est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'adaptation de la structure et de la gouvernance est progressivement mise en œuvre au niveau du Pôle.

4 - L'adaptation de la structure et de la gouvernance est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'adaptation de la structure et de la gouvernance est mise en œuvre de manière (quasiment) généralisée au niveau du Pôle.

5 - L'adaptation de la structure et de la gouvernance est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'adaptation de la structure et de la gouvernance est mise en œuvre de manière généralisée au niveau du Pôle, de manière proactive, dans une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.

## Thématique 11 : Disposition au changement

### Explications de la thématique

Fournir un ensemble de prestations de soins intégrés nécessite des changements nombreux : création de nouveaux rôles, de nouveaux processus et pratiques de travail, de nouveaux systèmes pour soutenir le partage d'informations et la collaboration, y compris en acceptant la nécessité de devoir renoncer à certaines parties de l'existant.

Ces changements ne peuvent être réalisés que si l'ensemble des parties prenantes du Pôle (y compris patients, proches aidants et citoyens) sont disposées à changer et prêtes à s'engager dans une telle direction. Pour y parvenir, il est nécessaire d'élaborer et d'exposer une vision, une stratégie, un argumentaire, précis, solides et convaincants en faveur de ces changements et de s'assurer / vérifier la réalité de cette disposition au changement.

## Exemples concernant la thématique

Globalement, la question est de savoir si et comment le Pôle a créé et mis en place la stratégie et les moyens favorables à la bonne appréciation de la nécessité du changement permettant de soutenir et de développer les soins intégrés.

Concrètement, on peut notamment se demander si le Pôle a développé et communiqué des éléments concernant :

- La nécessité d'une transformation de l'organisation et des soins, la nécessité de mobiliser toutes les parties prenantes, dont les patients, les proches aidants et les citoyens, la nécessité de s'attaquer au risque d'inégalités de santé, etc.
- La recherche du soutien des parties prenantes, notamment des dirigeants politiques et des élus, des professionnels soignants ou non, des institutions partenaires, des régulateurs et des financeurs, des collaborateurs de l'institution, des représentants des soignants, des patients, des proches aidants ou des associations ainsi que du public et des médias.
- Un plan stratégique, intégrant une description claire de la situation d'origine et des problèmes du système actuel, des choix à faire et de l'état futur souhaité de son système de soins, en indiquant quelle sera l'expérience future en matière de soins.

## Echelle de maturité

Concernant des prestations ou des projets de soins intégrés,

0 - Au niveau du Pôle il n'y a pas de reconnaissance de la nécessité de changement.

1 - La nécessité de changement est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle mais le consensus sur l'ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments n'ont pas débuté.

2 - La nécessité de changement est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; la disposition au changement est limitée, locale, ponctuelle ou partielle.

3 - La nécessité de changement est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; la disposition au changement s'élargit progressivement au niveau du Pôle

4 - La nécessité de changement est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; la disposition au changement est (quasiment) généralisée au niveau du Pôle.

5 - La nécessité de changement est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; la disposition au changement est généralisée au niveau du Pôle, selon une vision proactive, avec une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.

## Thématique 12 : L'ampleur des ambitions

### Explications de la thématique

L'ampleur de l'ambition en matière d'intégration des soins se caractérise par l'envergure des prestations de soins qui sont intégrées au sein du Pôle. Il s'agit donc du nombre et de la nature des prestations incluses dans le périmètre du Pôle. L'ampleur de l'ambition en matière d'intégration des soins est maximale lorsque, dans le Pôle, les prestations de soins sont totalement intégrées et offrent un ensemble complet d'interactions continues pour le citoyen, menant à une meilleure prise en charge et à de meilleurs résultats.

### Exemples concernant la thématique

Globalement, au niveau du Pôle, la question est de savoir :

- Si l'ambition en matière d'intégration des soins fait l'objet d'un plan stratégique
  - › Si oui, est-ce que le plan stratégique de l'intégration des soins est défini précisément (notamment avec l'affichage des objectifs, des enjeux, de l'organisation, des buts à atteindre, du planning, etc.) et communiqué clairement et largement à l'ensemble des parties prenantes (y compris auprès des patients, proches aidants et citoyens).
- Si des démarches visant à soutenir l'intégration des soins existent, par exemple des projets visant à renforcer la collaboration interprofessionnelle et le partenariat, l'ouverture à de nouvelles prestations de soins ou à de nouvelles formes de soins, etc.
- Quelle est la nature de l'ambition en matière d'intégration des soins et donc son envergure, notamment en analysant :
  - › Si l'intégration des soins est laissée à la charge des patients et des proches aidants ou s'il existe des services en charge de l'intégration des soins ou des prestations de soins intégrés :
    - › De 1ère ligne ou de 2ème ligne (également appelées services de santé primaire et secondaire).
    - › Entre des services de 1ère ligne et de 2ème ligne.
- Si ces prestations de soins intégrés sont réalisées par quelques services du Pôle (par exemple seule une partie des soins de 1ère ligne le sont) ou, au contraire, si l'intégration est élargie à tous les services du Pôle.

## Echelle de maturité

0 - Il n'existe pas de reconnaissance au niveau du Pôle de la nécessité de préciser l'ambition concernant l'intégration des soins.

1 - L'intégration des soins est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle mais le consensus sur son ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments n'ont pas débuté.

2 - L'intégration des soins est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant son ampleur et les moyens ainsi qu'un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; l'ambition en matière d'intégration des soins est limitée, locale, ponctuelle ou partielle.

3 - L'intégration des soins est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'ambition en matière d'intégration des soins se concrétise progressivement au niveau du Pôle.

4 - L'intégration des soins est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'ambition en matière d'intégration des soins se concrétise de manière (quasiment) généralisée sur l'ensemble du Pôle.

5 - L'intégration des soins est reconnue comme stratégique au niveau du Pôle. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'ambition en matière d'intégration des soins se concrétise de manière généralisée sur l'ensemble du Pôle, de manière proactive, dans une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.

## 8.2 ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE SCIROCCO-CANTON

### Table des matières

<b>Thématique 1</b> : Coordination des processus .....	63
<b>Thématique 2</b> : Gestion de l'innovation .....	64
<b>Thématique 3</b> : Développement des compétences .....	66
<b>Thématique 4</b> : Levée des obstacles .....	67
<b>Thématique 5</b> : Financement.....	69
<b>Thématique 6</b> : Empowerment .....	71
<b>Thématique 7</b> : Méthodes d'évaluation .....	72
<b>Thématique 8</b> : Approche populationnelle .....	74
<b>Thématique 9</b> : Infrastructure numérique .....	76
<b>Thématique 10</b> : Structure et gouvernance .....	78
<b>Thématique 11</b> : Disposition au changement.....	79
<b>Thématique 12</b> : L'ampleur des ambitions .....	81

## Thématique 1 : Coordination des processus

### Explications de la thématique

Le système de santé est constitué d'un ensemble complexe de processus interdépendants. Pour améliorer la qualité et l'efficacité du système et éviter les duplications inutiles, des procédures, des trajectoires patients, des règles de bonnes pratiques doivent être établies, partagées et suivies. Lorsque la prise en charge du patient implique l'intervention de plusieurs professionnels (par exemple lorsque le patient a une maladie chronique, une maladie rare ou lorsque sa situation psychosociale est complexe), il est encore plus nécessaire de développer la coordination des processus. Les trajectoires patients (ou « parcours de soins » ou « itinéraires cliniques ») basées sur des standards de soins, des lignes directrices ou des bonnes pratiques sont couramment utilisées pour la planification structurée et détaillée du processus de prise en charge.

### Exemples concernant la thématique

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, communication, etc.) favorables à la coordination des processus.

Concrètement, on peut notamment se demander si le Canton encourage :

- Le développement de processus et des outils qui permettent la collaboration entre les secteurs (par ex. sous forme d'itinéraires cliniques, de protocoles / règles de bonnes pratiques ou de procédures partagées) ;
- L'établissement de contrats, d'accords, de chartes de collaboration entre prestataires de soins ;
- La mise en place d'espaces de concertations (par ex. colloques ou réunions interdisciplinaires, réseaux) permettant de définir les rôles et modalités d'action des parties prenantes (incluant le patient et les proches aidants) et de planifier le processus de soins en fonction d'objectifs définis en commun et connus de tous ;
- Le développement de nouveaux rôles pour les professionnels (par ex. coordinateur de l'aide et des soins à domicile, coordinateur de soins oncologiques, équipe de liaison gériatrique, case manager, gestionnaire de parcours de soins) mais également pour les patients (patient-expert ou pair-aidant - personnes qui ont vécu / vivent avec la même maladie et qui apportent leur expérience et leur soutien) ;
- Le développement de stratégies qui favorisent le travail en équipes pluridisciplinaires (ex : formation, outils de communication avec le patient, connaissance du réseau de prestataires, etc.).

Ces nouveaux processus et services doivent idéalement être fondés sur des données probantes, formalisés (énoncé explicite des objectifs et des éléments clés de la prise en charge) et leur déploiement négocié entre toutes les parties prenantes. Ils doivent en outre être standardisés et si possible appliqués dans l'ensemble du Canton.

## Echelle de maturité

Concernant des prestations ou des projets de soins intégrés,

0 - Il n'existe pas de reconnaissance au niveau du Canton de la nécessité de coordonner les processus.

1 - La coordination des processus est reconnue comme stratégique au niveau du Canton mais le consensus sur l'ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments n'ont pas débuté.

2 - La coordination des processus est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; la coordination des processus est mise en œuvre de manière limitée, localement, ponctuellement ou partiellement.

3 - La coordination des processus est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; la coordination des processus est progressivement mise en œuvre au niveau du Canton.

4 - La coordination des processus est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; la coordination des processus est mise en œuvre de manière (quasiment) généralisée au niveau du Canton.

5 - La coordination des processus est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; la coordination des processus est mise en œuvre de manière généralisée au niveau du Canton, de manière proactive, dans une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.

## Thématique 2 : Gestion de l'innovation

### Explications de la thématique

La gestion des innovations est un sujet clé pour faire progresser l'intégration des soins. Cela nécessite que les idées et les innovations mises en place puissent être reconnues, évaluées, et dans la mesure du possible, transposées à plus grande échelle afin de profiter à tous. Il s'agit donc de gérer le processus d'innovation de manière à obtenir les meilleurs résultats pour l'intégration des soins réalisée au niveau du Canton et de veiller à ce que les idées soient encouragées et récompensées.

Dans un système ouvert et dynamique comme le système de santé, l'innovation peut venir de l'intérieur ou de l'extérieur. De l'intérieur, bon nombre des meilleures idées sont susceptibles de provenir de professions médicales ou paramédicales et plus largement de tous les professionnels ancrés sur le terrain, des patients, des proches aidants ou des citoyens qui identifient où il est possible d'apporter des améliorations par rapport aux prises en charge ou processus existants.

En parallèle, il est intéressant de s'inspirer des innovations issues de l'extérieur du Canton ou du système de santé (entreprises publiques ou privées, universités, etc.). Nombreux sont ceux qui développent des nouvelles technologies, testent des améliorations de processus et fournissent de nouveaux services qui pourraient répondre aux besoins des professionnels, patients, proches aidants et plus largement des citoyens.

## Exemples concernant la thématique

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, communication, etc.) favorables à une gestion de l'innovation, permettant de soutenir et de développer les soins intégrés.

Concrètement, on peut notamment se demander si, en matière de soins intégrés, le Canton a créé un écosystème favorable à l'innovation en matière de soins intégrés et notamment s'il :

- Favorise un climat et une culture de l'innovation au sein du système de santé cantonal.
- Promeut les initiatives innovantes individuelles, collectives ou institutionnelles, qu'elles viennent des acteurs du système de santé cantonal ou d'ailleurs, ainsi que d'autres acteurs tels que des universités, des entreprises du secteur privé quels que soient leurs secteurs d'activité.
- Apporte un soutien concret aux porteurs de projets, notamment par des lettres de soutien, par des financements dédiés, par la création de réseaux de compétences ou la mise en relation des personnes en disposant, etc.
- Collecte, diffuse, communique et met en lumière les projets, leurs résultats, les meilleures pratiques, les retours d'expériences concernant les projets innovants en matière d'intégration des soins.
- Favorise la participation et la création de partenariats pour la mise en œuvre de projets innovants quelle que soit la nature juridique des acteurs (public ou privé ou public-privé) ou leur origine géographique (locale, cantonale, régionale, nationale, internationale).
- Accepte de partager et de gérer les risques de l'innovation : retards, solutions alternatives, résultats mitigés, échecs, etc.

## Echelle de maturité

Concernant des prestations ou des projets de soins intégrés,

0 - Il n'existe pas de reconnaissance au niveau du Canton de la nécessité de gérer l'innovation.

1 - La gestion de l'innovation est reconnue comme stratégique au niveau du Canton mais le consensus sur l'ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments n'ont pas débuté.

2 - La gestion de l'innovation est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; un processus de gestion de l'innovation est mis en œuvre de manière limitée, localement, ponctuellement ou partiellement.

3 - La gestion de l'innovation est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; un processus de gestion de l'innovation est progressivement mis en œuvre au niveau du Canton.

4 - La gestion de l'innovation est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; un processus de gestion de l'innovation est mis en œuvre de manière (quasiment) généralisée au niveau du Canton.

5 - La gestion de l'innovation est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; un processus de gestion de l'innovation est mis en œuvre de manière généralisée au niveau du Canton, de manière proactive, dans une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.

### Thématique 3 : Développement des compétences

#### Explications de la thématique

Le développement des compétences et des connaissances est le processus par lequel les individus et les organisations acquièrent, améliorent et conservent les compétences et les connaissances nécessaires pour s'acquitter de leurs tâches. À mesure que les systèmes de prise en charge se transforment, de nombreux nouveaux rôles doivent être créés et de nouvelles compétences être développées. Ils peuvent toucher tous les domaines : du médical aux soins en passant par la technologie, la gestion de projet ou les fonctions de management. Les systèmes de santé doivent devenir des « systèmes apprenant » s'efforçant continuellement d'améliorer la qualité, les coûts et l'accès aux soins.

#### Exemples concernant la thématique

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, communication, etc.) favorables au développement des compétences et connaissances nécessaires à la mise en œuvre de soins intégrés.

Concrètement, on peut notamment se demander si le Canton :

- Agit pour augmenter les compétences et les connaissances des professionnels du Canton, par exemple :
  - › En dialoguant avec les représentants des professionnels impliqués dans les soins intégrés et les institutions de formation pour définir les profils de compétences et de connaissances utiles aux soins intégrés, les formations à développer et les nouvelles filières à créer.
  - › En soutenant les adaptations de contenu des formations de base des professionnels impliqués dans les soins intégrés, notamment en y incluant des thématiques comme le plan de soins partagé, l'empowerment, la collaboration interprofessionnelle, la conduite du changement, la collecte et l'analyse des données, les nouveaux systèmes d'information et la digitalisation de la santé, etc.
  - › En soutenant le développement des formations continues sur les soins intégrés et les compétences et connaissances clés.
- Agit pour promouvoir le recrutement et la fidélisation des professionnels ainsi que le développement de parcours professionnels, adaptés au contexte des soins intégrés, par exemple via des bilans de compétences, des bureaux d'orientation et de réinsertion, des crédits ou heures pour la formation des employés, la reconnaissance et la valorisation de l'expérience acquise, etc.

- Fournit des outils et des processus pour permettre aux organisations d'autoévaluer, de développer et de faire évoluer leurs propres compétences et connaissances pour réussir à mettre en œuvre les soins intégrés.
- Crée un environnement permettant la diffusion et le partage des nouvelles compétences et connaissances.

### Echelle de maturité

Concernant des prestations ou des projets de soins intégrés,

0 - Il n'existe pas de reconnaissance au niveau du Canton de la nécessité de développer les compétences et les connaissances.

1 - Le développement des compétences et des connaissances est reconnu comme stratégique au niveau du Canton mais le consensus sur l'ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments n'ont pas débuté.

2 - Le développement des compétences et des connaissances est reconnu comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; le développement des compétences et des connaissances est mis en œuvre de manière limitée, localement, ponctuellement ou partiellement.

3 - Le développement des compétences et des connaissances est reconnu comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; le développement des compétences et des connaissances est mis en œuvre progressivement au niveau du Canton.

4 - Le développement des compétences et des connaissances est reconnu comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; le développement des compétences et des connaissances est mis en œuvre de manière (quasiment) généralisée au niveau du Canton.

5 - Le développement des compétences et des connaissances est reconnu comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; le développement des compétences et des connaissances est mis en œuvre de manière généralisée au niveau du Canton, de manière proactive, dans une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.

## Thématique 4 : Levée des obstacles

### Explications de la thématique

Des obstacles apparaissent au cours de tout processus de changement (par exemple : des questions juridiques liées à la gouvernance des données, des résistances chez les individus ou corps professionnels, des obstacles culturels à l'utilisation de la technologie, des aspects financiers négatifs ou le manque de compétences). Ces obstacles doivent être identifiés et reconnus en temps utile, et un plan d'actions doit être élaboré pour les lever, y remédier et minimiser leur impact.

## Exemples concernant la thématique

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, communication, etc.) favorables à l'identification et à la levée des obstacles, permettant de soutenir et de développer les soins intégrés.

Concrètement, on peut notamment se demander si le Canton a par exemple :

- Développé des stratégies pour identifier les obstacles à la mise en place de soins intégrés, notamment en collectant des informations via des outils, dispositifs, études, procédures standardisées ou directives qui permettent d'identifier ou de signaler les obstacles (par exemple pour des projets pilotes)
- Mis en place des actions pour supprimer les obstacles identifiés. Par exemple,
  - › En communiquant auprès des différents acteurs du système de santé pour une meilleure compréhension des risques et bénéfices liés aux changements et aux éléments nouveaux tels que :
    - › Les prestations, prises en charge / prises en soins, actes médico-soignants ;
    - › La gestion de l'information, le partage des données, les technologies ;
    - › Les outils favorisant la coordination des soins ;
    - › Les financements (de prestations mais aussi, par exemple, de nouvelles organisations) ;
    - › Les nouvelles directives ou réglementations.
  - › En adaptant la législation cantonale concernant les actes médico-soignants, la gestion de l'information et le partage des données.
  - › En créant ou en soutenant la création de nouvelles organisations ou collaborations pour encourager le travail entre secteurs (par exemple des centres de santé multidisciplinaires ou pluriprofessionnels, des pôles de santé ou des réseaux de santé, etc.)
  - › En dédiant des financements spécifiques pour les acteurs qui mettent en place l'intégration des soins (par ex. pour financer le case management, les réseaux ou colloques interdisciplinaires, etc.)
  - › En soutenant des modifications du système de remboursement lorsque les patients ont recours à des assurances où ils s'engagent dans des filières de soins intégrés.

## Echelle de maturité

Concernant des prestations ou des projets de soins intégrés,

0 - Il n'existe pas de reconnaissance au niveau du Canton de la nécessité d'identifier et de lever les obstacles à la mise en place de soins intégrés.

1 - L'identification et la levée des obstacles sont reconnues comme stratégiques au niveau du Canton mais le consensus sur l'ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments n'ont pas débuté.

2 - L'identification et la levée des obstacles sont reconnues comme stratégiques au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; l'identification et la levée des obstacles sont mises en œuvre de manière limitée, localement, ponctuellement ou partiellement.

3 - L'identification et la levée des obstacles sont reconnues comme stratégiques au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'identification et la levée des obstacles sont progressivement mises en œuvre au niveau du Canton.

4 - L'identification et la levée des obstacles sont reconnues comme stratégiques au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'identification et la levée des obstacles sont mises en œuvre de manière (quasiment) généralisée au niveau du Canton.

5 - L'identification et la levée des obstacles sont reconnues comme stratégiques au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'identification et la levée des obstacles sont mises en œuvre de manière généralisée au niveau du Canton, de manière proactive, dans une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.

## Thématique 5 : Financement

### Explications de la thématique

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.

### Exemples concernant la thématique

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, communication, 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 :

- 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 :
  - › 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.).

- › 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.
- › 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.

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.

### **Echelle de maturité**

Concernant des prestations ou des projets de soins intégrés,

0 - Il n'existe pas de reconnaissance au niveau du Canton de la nécessité d'adapter le financement.

1 - Le financement des soins intégrés est reconnu comme stratégique au niveau du Canton mais le consensus sur l'ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments n'ont pas débuté.

2 - Le financement des soins intégrés est reconnu comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; des modalités de financement favorisant le développement des soins intégrés sont mises en œuvre de manière limitée, localement, ponctuellement ou partiellement.

3 - Le financement des soins intégrés est reconnu comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; des modalités de financement favorisant le développement des soins intégrés sont progressivement mises en œuvre au niveau du Canton.

4 - Le financement des soins intégrés est reconnu comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; des modalités de financement favorisant le développement des soins intégrés sont mises en œuvre de manière (quasiment) généralisée au niveau du Canton.

5 - Le financement des soins intégrés est reconnu comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; des modalités de financement favorisant le développement des soins intégrés sont mises en œuvre de manière généralisée au niveau du Canton, de manière proactive, dans une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.

## Thématique 6 : Empowerment

### Explications de la thématique

Le développement des soins intégrés est favorisé par l'amélioration du pouvoir d'agir des citoyens, patients et proches aidants, communément appelé « empowerment ». Cet empowerment peut contribuer à prévenir ou à alléger la demande en soins et prestations sociales. La littérature et les faits suggèrent que de nombreux patients ou proches aidants souhaitent et peuvent s'impliquer davantage dans les décisions concernant leur santé et leur prise en charge, les solutions à envisager, les conditions ou les lieux dans lesquelles ces solutions sont mises en œuvre.

L'empowerment des citoyens, des patients ou des proches aidants requiert toutefois que ces personnes soient informées, activement impliquées dans les décisions et le développement de services et prestations. Il faut également que leurs décisions et contributions soient prises en compte. L'empowerment ne se limite donc pas à l'éducation thérapeutique ou à une meilleure information ou sensibilisation du public et des personnes concernées. Il dépend aussi d'une culture du partenariat, c'est-à-dire d'un dialogue entre d'un côté les bénéficiaires et, de l'autre, les professionnels, les institutions de santé et la Direction du Canton.

### Exemples concernant la thématique

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, communication, etc.) favorables à l'empowerment des citoyens, des patients ou des proches aidants, permettant ainsi de soutenir et de développer les soins intégrés.

Concrètement, pour favoriser le développement des soins intégrés, le Canton doit :

- Mettre en œuvre la promotion, la prévention et l'éducation en matière de santé et informer au sujet des prestations disponibles.
- Considérer les citoyens, les patients ou les proches aidants comme des parties prenantes au même titre que les professionnels et les décideurs. D'une part, pour favoriser leur implication dans les décisions qui ont un impact sur eux. D'autre part, pour les impliquer dans les réflexions et le développement de services et prestations les concernant.
- Sensibiliser et/ou former les citoyens, patients, proches aidants et les professionnels au partenariat et à la co-production de services et prestations.
- Soutenir les réseaux ou les associations ou les communautés de pratiques qui favorisent l'échange et le partenariat entre personnes concernées par une problématique commune (pair-aidance)

- Soutenir le recours aux citoyens, patients ou proches aidants « experts » ou « partenaires » pour qu'ils puissent donner leur avis et co-construire la stratégie et le développement des soins intégrés au plan cantonal.
- Inscrire le critère du partenariat et de la co-production dans la loi et dans le cahier des charges du Canton.
- Créer ou développer l'utilisation de technologies digitales qui facilitent la collecte et le partage d'informations entre toutes les parties prenantes.

### Echelle de maturité

Concernant des prestations ou des projets de soins intégrés,

0 - Il n'existe pas de reconnaissance au niveau du Canton de la nécessité d'améliorer l'empowerment des citoyens, patients et proches aidants.

1 - L'empowerment est reconnu comme stratégique au niveau du Canton mais le consensus sur l'ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments n'ont pas débuté.

2 - L'empowerment est reconnu comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; l'empowerment est mis en œuvre de manière limitée, localement, ponctuellement ou partiellement.

3 - L'empowerment est reconnu comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'empowerment est progressivement mis en œuvre au niveau du Canton.

4 - L'empowerment est reconnu comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'empowerment est mis en œuvre de manière (quasiment) généralisée au niveau du Canton.

5 - L'empowerment est reconnu comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'empowerment est mis en œuvre de manière généralisée au niveau du Canton, de manière proactive, dans une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.

## Thématique 7 : Méthodes d'évaluation

### Explications de la thématique

À mesure que de nouveaux parcours et services sont introduits pour soutenir les soins intégrés, il est essentiel d'évaluer les effets sur la qualité de la prise en charge, les coûts, l'accès aux soins ou l'expérience des patients. L'évaluation permet de vérifier le niveau réel des changements. Les résultats récoltés permettent également d'alimenter des bases de données puis de déterminer des références. Ces dernières pourront être utiles en matière de prévision, pour anticiper les impacts de futurs projets de soins intégrés et constituer des références de bonne pratique.

L'attention doit être portée également sur l'utilisation de méthodes d'évaluation adéquates et reconnues. Seules celles-ci permettront de disposer de données probantes, de constituer des preuves permettant d'alimenter les décisions, au regard des coûts induits, et de développer des bonnes pratiques.

Il convient donc de réaliser des évaluations structurées et rigoureuses, favoriser la transparence des résultats pour amener à identifier ce qui peut encore être amélioré.

Au niveau du Canton, cela nécessite de promouvoir, de développer et de mettre en œuvre une stratégie de l'évaluation, ciblée sur des aspects / sujets préalablement identifiés (pour ne pas démultiplier excessivement les démarches d'évaluation), et de promouvoir les méthodes adéquates, permettant le dialogue des différentes parties prenantes.

### Exemples concernant la thématique

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, communication, etc.) favorables à l'évaluation des prestations et des projets de soins intégrés.

Concrètement, le Canton doit être attentif à :

- Définir une stratégie d'évaluation ciblée et en adéquation avec ses objectifs ;
- Développer et diffuser des données de référence (sur le coût, la qualité, l'accès, etc.) pour soutenir les analyses prévisionnelles des acteurs qui développent les soins et prestations de soins intégrés ;
- Mesurer l'impact de nouveaux services et parcours de soins ;
- Utiliser et diffuser des types d'évaluation adéquats : par exemple les études observationnelles, les démarches d'amélioration continue, les études économiques, etc. Les méthodes d'analyses peuvent être quantitatives ou qualitatives et les évaluations porter sur des projets pilotes ou sur des services existants.

Les méthodologies peuvent être empruntées aux spécialistes (universitaires ou non) des services de santé ou de santé publique, des sciences de gestion, de l'économie, de l'ingénierie, etc.

Le Canton peut solliciter ses pairs, mais également se référer à ce qui est fait dans d'autres pays, ou identifier des exemples dans d'autres secteurs d'activités, présentant des logiques similaires. Il peut également avoir recours à des prestataires externes (publics ou privés), sous forme de mandats, de projets de recherche ou de partenariats divers.

### Echelle de maturité

Concernant des prestations ou des projets de soins intégrés,

0 - Il n'existe pas de reconnaissance au niveau du Canton de la nécessité de les évaluer.

1 - Leur évaluation est reconnue comme stratégique au niveau du Canton mais le consensus sur l'ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments n'ont pas débuté.

2 - Leur évaluation est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; l'évaluation des prestations et projets de soins intégrés est mise en œuvre de manière limitée, localement, ponctuellement ou partiellement.

3 - Leur évaluation est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'évaluation des prestations et projets de soins intégrés est progressivement mise en œuvre au niveau du Canton.

4 - Leur évaluation est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'évaluation des prestations et projets de soins intégrés est mise en œuvre de manière (quasiment) généralisée au niveau du Canton.

5 - Leur évaluation est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'évaluation des prestations et projets de soins intégrés est mise en œuvre de manière généralisée au niveau du Canton, de manière proactive, dans une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.

## Thématique 8 : Approche populationnelle

### Explications de la thématique

L'approche populationnelle est un des déterminants de la qualité des soins intégrés. Il s'agit d'une démarche axée sur la prévention et les approches communautaires qui vise à améliorer la santé de l'ensemble de la population d'un territoire donné en anticipant les besoins. Il s'agit ainsi d'abord d'identifier et d'analyser les risques de la population vivant dans une zone de soins, ses besoins spécifiques, les ressources disponibles dans l'environnement et les ressources manquantes. Sur cette base, il s'agit ensuite de mettre en place des actions spécifiques (en fonction de caractéristiques liées à l'état de santé et/ou à la consommation de soins, ou encore à des facteurs démographiques, socio-économiques, culturels, etc.).

L'approche populationnelle se traduit concrètement, par exemple :

- › Par l'identification de l'état de santé général de la population, les pathologies spécifiques de celle-ci, celles sur lesquelles un dépistage, un suivi ou de l'éducation thérapeutique pourraient être mis en place ;
- › Par l'organisation de campagnes de prévention ou de soins, pour des pathologies ciblées (par exemple vaccination contre la grippe à l'attention des personnes âgées de 65 ans et plus, dépistage du cancer du sein, prévention des addictions, etc.) ;
- › Par des programmes de promotion de la santé, en général, qui s'adressent à l'ensemble de la population (par exemple campagnes de promotion de l'activité physique ou sur les risques d'une consommation élevée de sucre, etc.).

Les efforts ne doivent pas seulement être focalisés sur les personnes ayant un besoin de soins élevé, mais également sur les individus à risque de basculer dans la catégorie de personnes dépendantes et plus largement sur l'ensemble de la population. L'approche populationnelle offre ainsi les moyens d'agir à l'avance, de prédire et anticiper, pour que les citoyens puissent se maintenir en santé le plus longtemps possible et être moins dépendants des services de prise en charge / soins.

## Exemples concernant la thématique

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, communication, etc.) favorables à la mise en œuvre d'une approche populationnelle.

Concrètement, on peut notamment se demander si le Canton :

- Collecte et analyse des données concernant les risques de santé, les maladies et l'utilisation des services de santé.
- Anticipe et monitore la demande future.
- Prend des mesures pour réduire les risques de santé par des interventions de santé publique, des prestations et leur intégration.
- Répond aux besoins de la population et adapte les approches en fonction des besoins et compte tenu des inégalités sociales et de santé.
- Prend des mesures pour orienter la population vers des parcours de prise en charge / soins plus appropriés en se basant notamment sur les préférences des usagers des services de santé.

## Echelle de maturité

Concernant des prestations ou des projets de soins intégrés,

0 - Il n'existe pas de reconnaissance au niveau du Canton de la nécessité d'adopter une approche populationnelle.

1 - L'approche populationnelle est reconnue comme stratégique au niveau du Canton mais le consensus sur l'ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments n'ont pas débuté.

2 - L'approche populationnelle est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; l'approche populationnelle est mise en œuvre de manière limitée, localement, ponctuellement ou partiellement.

3 - L'approche populationnelle est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'approche populationnelle est progressivement mise en œuvre au niveau du Canton.

4 - L'approche populationnelle est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'approche populationnelle est mise en œuvre de manière (quasiment) généralisée au niveau du Canton.

5 - L'approche populationnelle est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'approche populationnelle est mise en œuvre de manière généralisée au niveau du Canton dans une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.

## Thématique 9 : Infrastructure numérique

### Explications de la thématique

Pour favoriser les soins intégrés, il convient de disposer d'une infrastructure numérique adéquate. Cette dernière fait référence à tous les éléments en lien avec les équipements informatiques, les logiciels, les systèmes informatiques, les équipements ou technologies connectés mais également les sites internet ou applications web dédiés.

Cette infrastructure numérique doit faciliter l'accès aux services et prestations, le partage des données cliniques (c'est-à-dire les données sur les patients), l'information, la collaboration entre les diverses parties prenantes : institutions, équipes médicales et de soins, les patients et les proches aidants et plus largement les citoyens.

Les systèmes utilisés peuvent être identiques ou non, tout l'enjeu réside dans leur interopérabilité (c'est-à-dire leur compatibilité entre eux), dans les formats d'échange et de stockage de données dont l'uniformisation doit être privilégiée, dans la sécurité et les capacités accrues d'utilisations mobiles (compatibilité smartphones, tablettes, etc.).

### Exemples concernant la thématique

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, communication, etc.) favorables à une infrastructure numérique adéquate, permettant de soutenir et de développer les soins intégrés.

Concrètement, on peut notamment se demander si le Canton, par exemple :

- A défini et communiqué une stratégie concernant l'infrastructure numérique, afin de :
  - › Garantir un accès facilité aux informations et aux prestations en tout temps et en toute circonstance, sans contrainte de disponibilité de personnel ;
  - › Sécuriser les données des patients, des professionnels, des organisations, des registres et services en ligne ;
  - › Garantir un fonctionnement en mode dégradé en cas de risque de cybersécurité ou de difficulté d'alimentation de l'infrastructure ;
- Applique la réglementation ou les directives de la Confédération concernant les infrastructures numériques ;
- Intègre toutes les parties prenantes (institutions de santé, professionnels, patients, proches aidants et citoyens) dans sa stratégie ou si celle-ci ne concerne qu'une partie d'entre eux ;
- Soutient les investissements nécessaires des institutions de santé concernant les composants essentiels de leur infrastructure numérique : réseau, logiciels, applications, ordinateurs, outils, gestion des utilisateurs, etc. ;
- Met en œuvre une stratégie, voire légifère sur l'interopérabilité des systèmes, l'unification de la gestion de l'infrastructure numérique (par ex. une seule entité devrait gérer tel ou tel service numérique pour tout le Canton) ;

- Développe et/ou déploie un dossier électronique des patients (DEP) accessible par toutes les parties prenantes ;
- Soutient le développement, voire développe et met à disposition, des outils numériques facilitant le travail interdisciplinaire (par ex. plan de soins partagé, plateforme collaborative) ;
- Incite les acteurs à développer les nouvelles technologies numériques favorisant la participation des patients à l'intégration des soins tels que la télémédecine, la téléconsultation, des e-applications, des dispositifs médicaux connectés, etc. ;
- Soutient la formation des utilisateurs aux nouveaux outils numériques et à leurs usages.

### Echelle de maturité

Concernant des prestations ou des projets de soins intégrés,

0 - Il n'existe pas de reconnaissance au niveau du Canton de la nécessité d'adapter l'infrastructure numérique.

1 - L'infrastructure numérique est reconnue comme stratégique au niveau du Canton mais le consensus sur l'ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments n'ont pas débuté.

2 - L'infrastructure numérique est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens et il y a un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; une infrastructure numérique adaptée est mise en œuvre de manière limitée, localement, ponctuellement ou partiellement.

3 - L'infrastructure numérique est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; une infrastructure numérique adaptée est progressivement mise en œuvre au niveau du Canton.

4 - L'infrastructure numérique est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; une infrastructure numérique adaptée est mise en œuvre de manière (quasiment) généralisée au niveau du Canton.

5 - L'infrastructure numérique est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; une infrastructure numérique adaptée est mise en œuvre de manière généralisée au niveau du Canton, de manière proactive, dans une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.

## Thématique 10 : Structure et gouvernance

### Explications de la thématique

La mise en place de prestations ou de projets de soins intégrés nécessite d'adapter la structure et la gouvernance du système de santé cantonal.

La structure et la gouvernance renvoient à plusieurs éléments complémentaires de l'organisation et du fonctionnement d'un système de santé. On peut notamment mentionner son architecture générale, son ossature, l'agencement et l'articulation des différents organes, les règles de décision, d'information (transparence) et de surveillance permettant à toutes les parties prenantes du système de santé de voir leurs intérêts respectés et leurs voix entendues. Pour parvenir à développer des prestations et des projets de soins intégrés, les règles, les tâches, le contrôle et la coordination des parties prenantes (y compris des patients, des proches aidants, des citoyens) doivent être adaptés. Il s'agit aussi de mettre en place une structure et une gouvernance permettant à la collaboration de prendre le pas sur les intérêts individuels.

### Exemples concernant la thématique

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, communication, etc.) favorables à une structure et une gouvernance adéquates, pour soutenir et développer les soins intégrés.

Concrètement, le Canton a-t-il notamment travaillé sur :

- Le développement des structures juridiques qui favorisent l'intégration des soins.
- L'intégration administrative et numérique pour favoriser la transversalité des prises en charge / soins, la collaboration de l'ensemble des acteurs du système de santé du Canton, des professionnels, des patients, des proches aidants et des citoyens.
- La transparence de l'information, la consultation accrue ou l'intégration de représentants des acteurs et professionnels du système de santé du Canton ainsi que de patients, de proches aidants ou de citoyens dans les décisions de développement, la mise en œuvre opérationnelle ou les évaluations des prestations et des projets de soins intégrés (par exemple dans des organes de direction ou de consultation, des comités de pilotage ou des groupes de travail, de réflexion ou de proposition, ou des commissions).
- Le soutien au développement de formes de leadership partagé, collaboratif, interdisciplinaire, avec et au sein des équipes qui développent les soins intégrés et avec les patients, les proches aidants ou les citoyens.
- Le soutien à la collaboration entre les services de soins et les synergies locales entre acteurs allant dans le sens de l'intégration des soins.

## Echelle de maturité

Concernant des prestations ou des projets de soins intégrés,

0 - Il n'existe pas de reconnaissance au niveau du Canton de la nécessité d'adapter la structure et la gouvernance.

1 - L'adaptation de la structure et de la gouvernance est reconnue comme stratégique au niveau du Canton mais le consensus sur l'ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments n'ont pas débuté.

2 - L'adaptation de la structure et de la gouvernance est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; l'adaptation de la structure et de la gouvernance est mise en œuvre de manière limitée, localement, ponctuellement ou partiellement.

3 - L'adaptation de la structure et de la gouvernance est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'adaptation de la structure et de la gouvernance est progressivement mise en œuvre au niveau du Canton.

4 - L'adaptation de la structure et de la gouvernance est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'adaptation de la structure et de la gouvernance est mise en œuvre de manière (quasiment) généralisée au niveau du Canton.

5 - L'adaptation de la structure et de la gouvernance est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'adaptation de la structure et de la gouvernance est mise en œuvre de manière généralisée au niveau du Canton, de manière proactive, dans une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.

## Thématique 11 : Disposition au changement

### Explications de la thématique

Fournir un ensemble de prestations de soins intégrés nécessite des changements nombreux : création de nouveaux rôles, de nouveaux processus et pratiques de travail, de nouveaux systèmes pour soutenir le partage d'informations et la collaboration, y compris en acceptant la nécessité de devoir renoncer à certaines parties de l'existant.

Ces changements ne peuvent être réalisés que si l'ensemble des parties prenantes du système de santé du Canton (y compris patients, proches aidants et citoyens) sont disposées à changer et prêtes à s'engager dans une telle direction. Pour y parvenir, il est nécessaire d'élaborer et d'exposer une vision, une stratégie, un argumentaire, précis, solides et convaincants en faveur de ces changements et de s'assurer / vérifier la réalité de cette disposition au changement.

## Exemples concernant la thématique

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, communication, etc.) favorables à la bonne appréciation de la nécessité du changement, permettant de soutenir et de développer les soins intégrés.

Concrètement, on peut notamment se demander si le Canton a développé et communiqué des éléments concernant :

- La nécessité d'une transformation de l'organisation des soins, la nécessité de mobiliser toutes les parties prenantes, dont les patients, les proches aidants et les citoyens, la nécessité de s'attaquer au risque d'inégalités de santé, etc.
- La recherche du soutien des parties prenantes, notamment des dirigeants politiques et des élus, des professionnels soignants ou non, des institutions, de l'OFSP, des financeurs, des représentants des patients, des proches aidants ou des associations ainsi que du public et des médias.
- Un plan stratégique, intégrant une description claire de la situation d'origine et des problèmes du système actuel, des choix à faire et de l'état futur souhaité du système de soins, en indiquant quelle sera l'expérience future en matière de soins.

## Echelle de maturité

Concernant des prestations ou des projets de soins intégrés,

0 - Au niveau du Canton, il n'y a pas de reconnaissance de la nécessité de changement.

1 - La nécessité de changement est reconnue comme stratégique au niveau du Canton mais le consensus sur l'ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments n'ont pas débuté.

2 - La nécessité de changement est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; la disposition au changement est limitée, locale, ponctuelle ou partielle.

3 - La nécessité de changement est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; la disposition au changement s'élargit progressivement au niveau du Canton.

4 - La nécessité de changement est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; la disposition au changement est (quasiment) généralisée au niveau du Canton.

5 - La nécessité de changement est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; la disposition au changement est généralisée au niveau du Canton, selon une vision proactive, avec une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.

## Thématique 12 : L'ampleur des ambitions

### Explications de la thématique

L'ampleur de l'ambition en matière d'intégration des soins se caractérise par l'envergure des prestations de soins qui sont intégrées au sein du Canton. Il s'agit donc du nombre et de la nature des prestations incluses dans le périmètre du Canton. L'ampleur de l'ambition en matière d'intégration des soins est maximale lorsque, dans le Canton, les prestations de soins sont totalement intégrées et offrent un ensemble complet d'interactions continues pour le citoyen, menant à une meilleure prise en charge et à de meilleurs résultats.

### Exemples concernant la thématique

Globalement, au niveau du Canton, la question est de savoir :

- Si l'ambition en matière d'intégration des soins fait l'objet d'un plan stratégique cantonal
  - › Si oui, est-ce que le plan stratégique de l'intégration des soins est défini précisément (notamment avec l'affichage des objectifs, des enjeux, de l'organisation, des buts à atteindre, du planning, etc.) et communiqué clairement et largement à l'ensemble des parties prenantes (y compris auprès des patients, proches aidants et citoyens).
- Si des démarches visant à soutenir l'intégration des soins existent, par exemple des projets visant à renforcer la collaboration interprofessionnelle et le partenariat, l'ouverture à de nouveaux prestataires de soins ou à de nouvelles formes de soins, etc.
- Quelle est la nature de l'ambition en matière d'intégration des soins et donc son envergure, notamment en analysant :
  - › Si l'intégration des soins est laissée à la charge des patients et des proches aidants ou s'il existe des services en charge de l'intégration des soins ou des prestataires de soins qui réalisent des soins intégrés
    - › De 1ère ligne ou de 2ème ligne (également appelés services de santé primaire et secondaire).
    - › Entre des services de 1ère ligne et de 2ème ligne.
  - › Si ces prestations de soins intégrés sont réalisées par quelques acteurs du Canton (par exemple seule une partie des soins de 1ère ligne le sont) ou, au contraire, si l'intégration est élargie à tous les acteurs du Canton.

## Echelle de maturité

0 - Il n'existe pas de reconnaissance au niveau du Canton de la nécessité de préciser l'ambition en matière d'intégration des soins.

1 - L'intégration des soins est reconnue comme stratégique au niveau du Canton mais le consensus sur son ampleur et les moyens n'existe pas ; la structuration et la formalisation de ces éléments n'ont pas débuté.

2 - L'intégration des soins est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant son ampleur et les moyens ainsi qu'un début de structuration et de formalisation de ces éléments ; l'ambition en matière d'intégration des soins est limitée, locale, ponctuelle ou partielle.

3 - L'intégration des soins est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'ambition en matière d'intégration des soins se concrétise progressivement au niveau du Canton.

4 - L'intégration des soins est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'ambition en matière d'intégration des soins se concrétise de manière (quasiment) généralisée sur l'ensemble du Canton.

5 - L'intégration des soins est reconnue comme stratégique au niveau du Canton. Il y a un consensus concernant l'ampleur et les moyens ainsi qu'une structuration et une formalisation de ces éléments ; l'ambition en matière d'intégration des soins se concrétise de manière généralisée sur l'ensemble du Canton, de manière proactive, dans une perspective d'évolution dynamique et selon l'évolution des besoins.