

12<sup>ème</sup> CONGRÈS  
INTER RÉGIONAL

8 ET 9  
NOV. 2018  
PARC DES EXPOSITIONS  
TARBES

DE LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

OCCITANIE - NOUVELLE-AQUITAINE

Informations [www.congres-interregional-fhf.com/](http://www.congres-interregional-fhf.com/)



# Le modèle de soins à domicile aux Pays-Bas « Buurtzorg »

## Emergence et adaptation du modèle en France

Paula CRISTOFALO, Odessa DARIEL, Vanessa DURAND  
Institut du Management, EA 7348 MOS, EHESP



- Buurtzorg (« Soins de proximité ») est une organisation non lucrative de soins à domicile créée en Hollande en 2006 par Jos de Block, avec une 1<sup>ère</sup> équipe de 4 IDE. Aujourd'hui l'organisation rassemble plus de 10 000 IDE dans 850 équipes.
- Dans un contexte de fragmentation des interventions au domicile (spécialisation, intensification, insatisfaction) JdB avait identifié le besoin :
  - pour les patients d'avoir l'ensemble de leurs besoins en soins coordonnés et prodigués par un nombre réduit de professionnels, et de préserver leur participation et autonomie
  - pour les IDE de disposer de temps pour réaliser des soins et un accompagnement global des patients, d'exercer leur profession dans l'autonomie et la responsabilité
  - pour l'ensemble des parties prenantes de soutenir des interventions au domicile efficaces et efficaces.

## Des équipes soignantes locales autonomes pour aider les personnes à vivre une vie la plus riche et la plus autonome possible

### Approche centrée Patient

- Vision globale de la personne (holistic care) et de son environnement
- Intégration des soins
- Mobilisation des capacités individuelles du patient (empowerment, prév/promo, éducation thérapeutique)
- Mobilisation des aidants et des proches

### Equipe d'IDE autonome

- jusqu'à 12 IDE max se constituent en équipe autonome
- s'appuient sur une variété de compétences et expertises
- prennent la responsabilité 24/7 de tous les soins (hygiène + techniques + repas) de 40 à 60 patients

### Un service support complet

- un principe : l'activité des équipes prévaut
- gère l'admin: autorisations, facturation, contrats & paie, reporting vers les équipes
- administration du SI et aide aux IDE
- des coachs régionaux (1/50eq) soutiennent le travail en équipe
- fournit les ressources FC

## Concrètement, comment le modèle Buurtzorg se traduit-il?

Une approche globale centrée Patient

### -**Entrer en relation:**

Buurtzorg valorise de créer des relations de qualité avec le patient. Connaître le patient, ses appétences, ses attentes, ses convictions, ainsi que sa famille et son environnement : pour un plan de soins le plus adapté.

-une **équipe** devient une **référence soignante**. Elle s'occupe de trouver une réponse pour tous les besoins en soins (santé physique et mentale) avec pour objectif que la personne reste le plus longtemps possible autonome chez elle.

-**Co-construire un plan de soins** (qualité de vie et autonomie), puis le faire évoluer pour contenir/réduire les besoins en soins autant que possible. Impliquer les aidants et proches.

-Rechercher activement à **collaborer avec les autres professionnels**: médecin, pharmacien, kiné, ergo, hôpitaux.

-Rechercher activement à **mobiliser, construire un réseau** avec les acteurs locaux: structures médico-sociales, sociales, de loisirs.



## Concrètement, comment le modèle Buurtzorg se traduit-il?

### Equipes d'IDE autonomes et responsables

- les équipes d'IDE sont **autodirigées** (accord-cadre de création d'équipe , adhésion au modèle)
- les IDE sont **salariés** (grille conventionnelle); leurs interventions sont facturées par forfait horaire
- être en mesure de délivrer l'ensemble des soins infirmiers et de santé (pérenniser et améliorer les compétences : **qualifications et perfectionnement**)
- implémenter , documenter, **analyser les interventions** (cadre de réf. des évaluations et résultats: OMAHA)
- une équipe pour être **productive** doit viser d'être opérationnelle 55% à 60% de son temps (facturable)
- il n'y a **pas de management intermédiaire ou de position hiérarchique**, les décisions se prennent dans les équipes, sont collectives et consensuelles (les équipes se réunissent formellement)
- tous les membres sont responsables de la **coordination** du travail et la **continuité** des soins
- les **rôles et responsabilités sont partagés et distribués**, éventuellement par roulement :  
organiser l'offre de soins, s'occuper des locaux et moyens matériels, vérifier le reporting, développer les collaborations, diffuser le modèle, planifier les tournées, s'occuper de la bonne santé de l'équipe,  
parrainer les nouveaux membres



## Concrètement, comment le modèle Buurtzorg se traduit-il?

### Un service support en soutien aux équipes

- les équipes d'IDE sont déchargées des activités qui ne relèvent pas du cœur de métier
- un SI intégré (E-care) sous-tend l'organisation, la réalisation, la facturation et le suivi de l'activité. Les professionnels y ont accès sur tablettes et sont contributeurs. Un réseau social interne permet les échanges entre équipes. Les professionnels et les patients ont accès des portails personnels
- assure le reporting d'activité vers les équipes, ainsi que l'analyse des données de santé pour les tutelles
- organise pour les équipes les formations sur le travail en équipe auto-dirigée : méthodes structurées de prise de décisions collectives(SDMI®), de gestion des conflits (Intervision); organise l'accès à la FC
- une vingtaine de coaches facilitent le travail collectif et collaboratif, le partage de pratiques, aident à l'installation et déploiement des nlls équipes, à utiliser les outils du SI, aux processus d'équipe...

### Les ambassadeurs

- en relation avec le système assurantiel et le ministère, avec les décideurs locaux
- créent de nouveaux services
- promeuvent le modèle à l'international et participent à la diffusion et adaptation



## Pour quels résultats ?

2007:	57 IDE	13 eq
2009:	2100 IDE	215 eq
2013:	6000 IDE	545 eq
2018:	10500 IDE	850 eq

### Approche centrée Patient

- Excellente satisfaction patients & familles (note, score, rang)
- moins d'h /pat/an (-50% vs offreurs), y compris en soins continus (**récup + rapide**)
- moins d'interv non-prog
- **30% moins admiss urgences**
- **DMS + courtes**
- Adressage par les MT, par les patients et proches

### Equipe d'IDE autonome

- Elections meilleur employeur (cat >1000)
- Excellente satisfaction (note, score)
- **attractivité** (candidatures), recrutement (150/m; profil) turnover (10% vs 15%), **AT** (3-4% vs 7)
- **productivité** 58-60% vs 51%
- €54,47/h, vs €48,74
- eq matures: **temps partiel** (7,6 ETP pour 12 IDE)

### Efficience

- Frais généraux: 8% vs 12-25%
- tarification horaire: €55,50
- **Coût moyen/pat/an:** €6428 vs €7995
- **coût tot inférieur à moy** (dom+med+hop+SSR)
- investissement dans lancements d'eq, FC, projets d'eq (**santé communautaire**) et SI

### Diffusion du modèle

- d'une expérimentation vers le transformation du modèle de financement
- **Services:** Ecare; Buurtzorg +; SAD; SAPsychiatrie; SAJeunesse; Pension
- **Diffusion** nationale (10% des soins à dom en 2015; Zorgaccent, Amstelring)
- Diffusion internationale: Belgique, NHS, UE

## Soignons Humain

émergence et diffusion en France du modèle de soins à domicile « Buurtzorg »

- Contexte & opportunités : **fragmentation, travail intense et isolé**; réseau d'innovateurs, Programme UE Interreg TICC , **besoins non couverts**, soutien à l'innovation (Art. 51 LFSS)
- Association Loi 1901 à but non lucratif (2016); « *Promouvoir le déploiement de nouveaux modèles d'organisation dans le domaine des soins et de l'accompagnement à domicile, afin d'en améliorer la qualité, mesurée par la satisfaction des patients et des professionnels de santé, et avec une moindre dépense globale pour la collectivité.* »
- Premières équipes constituées 2<sup>e</sup> sem 2017



# 12<sup>ème</sup> CONGRÈS INTER RÉGIONAL

8 ET 9  
NOV. 2018  
PARC DES EXPOSITIONS  
TARBES

DE LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

OCCITANIE - NOUVELLE-AQUITAINE

Informations [www.congres-interregional-fhf.com/](http://www.congres-interregional-fhf.com/)



- Association: bureau + siège + centres de soins
- Le siège offre l'appui dans déploiement du modèle (favoriser émergence des équipes, coaching, ateliers/visites sur les différentes composantes du modèle Buurtzorg), l'appui financier et administratif (réponses à appel à projets, levées de fonds, aide au démarrage d'équipe, aide au projet de santé, contrat, paie, reporting, portail informatique). 2 coachs apportent un appui technique et au travail en équipe.
- 3 équipes en activité à : Auchy-lez-Orchies, Lomme et Marchienne (59), et une équipe en préparation à Merville (59) + des manifestations d'intérêt : Toulouse, Versailles, Sénart, Soissons, Franche-Comté, Grenoble, Rennes, Nantes

# Etude exploratoire de la diffusion et adaptation du modèle de soins à domicile « Buurtzorg », en France

- La diffusion du modèle : les acteurs, le contexte, les leviers et obstacles
- L'adaptation du modèle: le cadre de fonctionnement, les ressources, les outils
- Le travail des équipes : le lien avec les patients et leur environnement, la prise en soins, le travail en équipe, la QVT
- Le travail avec les partenaires: le lien avec l'hôpital, avec le médico-social, le lien avec les autres acteurs des soins primaires