



Synthèse de la revue de littérature sur le modèle Buurtzorg

Etude et évaluation des transformations organisationnelles de services à domicile en équipes locales et autonomes

Les caractéristiques clés du modèle Buurtzorg

- Le développement du modèle :

Le modèle Buurtzorg désigne une prise en charge innovante des soins infirmiers à domicile auprès de personnes en perte d'autonomie. Cette organisation à but non lucratif, créé en 2006 aux Pays Bas, s'est très vite développée passant de 65 équipes pour 117 infirmiers en 2007, soit seulement un an après sa création, à 960 équipes pour environ 10 000 infirmiers dix ans après, en 2017. Cette évolution se poursuit toujours aujourd'hui et Buurtzorg détient environ 20% du marché des soins à domicile aux Pays-Bas pour un chiffre d'affaires de 400 millions d'euros en 2017.

- La structure organisationnelle du modèle :

La structure du modèle Buurtzorg reste identique depuis sa création et réside dans :

- > La dimension holistique de la prise en charge, avec une approche centrée sur le patient et leurs aidants (réseau formel et informel),
- > Des équipes autonomes de petites tailles, composée de 8 à 12 infirmières maximum, intervenant sur un territoire de proximité auprès d'un nombre défini et limité de patients,
- > Des coachs, positionnés sans hiérarchie et sollicités par les équipes autonomes sur des besoins de conseil, de facilitation, de formation, et d'animation,
- > Un siège social réduit, centralisant et standardisant certaines activités comme la comptabilité, l'informatique, les achats, le patrimoine, les contrats et les salaires,
- > Une gouvernance partagée intégrant le personnel et tenant compte du patient pour la prise de décisions,

- Le fonctionnement du modèle :

Ce système de gouvernance est fondé sur la mise en œuvre formalisée de l'intelligence collective. Opérationnellement, Buurtzorg permet de donner la main aux équipes d'infirmiers sur les mécanismes de prise de décision, sans management intermédiaire. Il n'y a pas de services intermédiaires afin de limiter les ressources de la tarification au travail de terrain et de développer la responsabilité des acteurs.

Le modèle Buurtzorg repose sur le principe de la simplification des processus administratifs, des procédures et de la communication pour permettre aux soignants de se concentrer sur la prise en charge du patient. L'outil central de ce processus d'implication est son système d'information. Pour optimiser ce réseau de plus de 10 000 infirmiers, Buurtzorg dispose d'une infrastructure informatique collaborative, le Buurtzorg Web, qui promeut l'échange de connaissance et l'entraide, l'évaluation et le suivi des patients, la planification des soins, le suivi de la performance ainsi que la formation des équipes.

- La philosophie et les objectifs du modèle :

Chez Buurtzorg, l'organisation est garante du « Pourquoi », du sens, et a pour raison d'être de mettre en capacité les infirmiers à exercer sereinement leur travail. Les infirmiers sont les garants du « Comment » : « c'est celui qui fait, qui sait »

Cette organisation a ainsi pour objectifs de :

- > Renforcer la satisfaction du patient en réduisant le nombre d'intervenants au domicile,
- > Solliciter le patient pour qu'il participe à ses soins, tout en faisant intervenir les proches aidants,
- > Accroître la qualité de vie au travail et la satisfaction du personnel par un niveau d'autonomie élevé et grâce à la participation active aux prises de décisions,
- > Améliorer la communication par une chaîne de communication « courte » et identifiée : médecin traitant, patient et acteurs intervenants à domicile,
- > Simplifier les processus administratifs et réduire les coûts de structure.

Les contextes d'émergence du modèle Buurtzorg

- Une réponse à des enjeux communs :

L'émergence du modèle Buurtzorg aux Pays-Bas, puis par la suite au travers d'expérimentations à l'international et notamment en France, répond à un contexte et des enjeux communs, soit :

- > Un mouvement de professionnalisation et de fragmentation des soins à domicile,
- > Un système de santé de plus en plus externalisé pour permettre à la concurrence des opérateurs privés de garantir l'efficience.
- > Un vieillissement de la population induisant des besoins de soins et un accompagnement croissant,
- > Une pénurie de professionnels dans le secteur de la santé et plus particulièrement de la perte d'autonomie,
- > La nécessité de renforcer la coordination entre les professionnels de santé est reconnue comme un acteur important de l'accompagnement.

- Le rôle des pouvoirs publics et des expérimentations dans le développement du modèle :

Le développement exponentiel de Buurtzorg va ainsi contribuer à réformer profondément le système de santé néerlandais et inspirer de nombreuses organisations traditionnelles de soins à domicile, aux Pays-Bas comme à l'étranger, à se transformer en s'inspirant du modèle. Dès lors, l'analyse du contexte et des défis communs de chaque pays où le modèle Buurtzorg s'est développé est essentielle pour comprendre :

- > Les raisons qui poussent les pouvoirs publics et les services de soins à domicile à développer, s'inspirer ou soutenir cette nouvelle méthode d'organisation,
- > Les contraintes et opportunités à prendre en compte par les pouvoirs publics et les services de soins à domicile pour adapter et évaluer le modèle en fonction de leurs spécificités et ainsi favoriser son déploiement dans les meilleures conditions possibles.

Appliquer strictement le modèle développé aux Pays-Bas ne peut suffire à garantir la réussite de l'implantation. Il convient tout d'abord d'étudier le contexte du pays, les conditions de sa mise en œuvre et d'expérimenter pour vérifier l'applicabilité des principes du modèle.

- Les spécificités à prendre en compte lors de l'expérimentation :

L'analyse des contextes d'expérimentations à l'international, ou en France, permet de mettre en exergue des points de convergence et de divergence à prendre en compte pour s'assurer de la pertinence du dispositif et de son éventuelle déploiement. Ainsi, les spécificités à prendre en compte lors de l'expérimentation du modèle Buurtzorg à l'étranger peuvent concerner :

- > Le contexte socio-culturel : représentations sociales des personnes âgées, rôle des aidants et des bénévoles dans l'accompagnement des patients, culture professionnelle des soignants, etc.),
- > Le contexte professionnel notamment les métiers, responsabilités et missions des professionnels de santé,
- > Le contexte réglementaire du système de santé et le rôle des pouvoirs publics.

En France, certaines structures d'aide à domicile s'engagent dans des démarches de transformation organisationnelle selon le modèle des équipes locales et autonomes inspiré de la méthode Buurtzorg. Pour soutenir et développer ce type de démarches, le plan de mobilisation national en faveur de l'attractivité du métier du grand-âge préconise d'évaluer les effets de ces modèles.

La description des caractéristiques principales du modèle Buurtzorg permet ainsi de comprendre ses effets positifs et ses limites au regard de :

- > Son approche globale, préventive et intégrée, comme condition pour garantir la qualité de la prise en charge des patients et des aidants,
- > L'auto-organisation et la formation des soignants, comme facteur de qualité de vie au travail et de développement des compétences,
- > La simplification de l'organisation administrative, comme levier pour assurer la viabilité économique du service et du système de santé.

L'approche globale et intégrée pour garantir la qualité de la prise en charge et de la vie du patient et des aidants

- Les caractéristiques principales liées à l'organisation de la prise en charge :

La reconnaissance de la qualité de la prise en charge assurée par Buurtzorg semble s'expliquer d'une part par son approche globale, personnalisée et préventive des soins qui favorise l'autonomisation du patient, et d'autre part, par son organisation de soins intégrés, notamment avec les soins primaires, qui développe une approche de responsabilité populationnelle pour les territoires qu'ils desservent.

Le modèle Buurtzorg met également l'accent sur le rôle des réseaux informels et notamment des aidants. En effet, les patients ne doivent pas devenir dépendants des soins qu'ils reçoivent pour améliorer leur qualité de vie. Ils apprennent donc à créer des liens sociaux et à mobiliser leurs proches comme la famille et les voisins.

- Les effets et limites du modèle sur la qualité de la prise en charge :

En termes de résultats, les patients suivis par Buurtzorg se rétablissent plus vite, avec une durée moyenne de prise en charge plus courtes (5,5 mois contre 7,5 mois), et consomment un volume d'heure de soins plus faible par patient (108 contre 168), soit seulement 40% du plan de soin prévu, comparativement à la moyenne nationale des autres services de soins à domicile.

Le travail de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique réalisé au domicile est une des raisons pour lesquelles les soignants de Buurtzorg prennent du temps auprès des patients. En effet, ils passent 6% de temps en plus auprès de leurs patients que la moyenne nationale des Pays-Bas avec une valeur cible de temps de 60% consacrée aux patients.

La démarche préventive, le suivi coordonné en équipe et les outils Buurtzorg partagés par les équipes d'infirmier se traduisent par une plus forte satisfaction des patients et une meilleure qualité des prises en charge, au regard des autres structures de soins à domicile aux Pays-Bas. Ainsi, les patients accompagnés par Buurtzorg ont par rapport à la moyenne nationale des autres services de soins à domicile :

- > Un taux d'admission aux urgences inférieur à 30%,
- > Une durée de séjour plus courte de séjour en cas d'hospitalisation,
- > Une durée de maintien au domicile plus longue avant le passage en EHPAD.

Même si le niveau de qualité de prise en charge des patients par les équipes Buurtzorg est confirmé par des organismes accrédités (CQ-index et NPS) à l'aide de critères bien définis, il reste tout de même une part de subjectivité difficilement évaluable de la part du patient vis-à-vis des services reçus. De même, peu d'étude analyse l'effet de la participation des aidants à la prise en charge du patient et le risque de surcharge qu'il représente.

Les équipes autonomes, facteurs de qualité de vie au travail et de développement des compétences

- Les caractéristiques principales liées à l'organisation des équipes autonomes :

L'amélioration de la qualité des soins est également liée à l'autonomie des infirmiers organisés selon une méthode : l'auto-organisation. Basé sur la confiance, cette organisation sans hiérarchie implique une gouvernance partagée, conduisant à un accroissement de l'autonomie des infirmiers ayant un impact sur la hausse de la satisfaction de la qualité des soins perçus comme de la qualité de vie au travail.

D'un point de vue organisationnel, les grands principes de Buurtzorg (petites équipes, quartiers définis, auto-organisation, savoir être, formation, polyvalence, etc.) sont généralement repris lors des expérimentations internationales à égal ou moindre mesure. L'auto-organisation semble avantager la dimension « équipe » par :

- > La gouvernance partagée et l'importance de la participation du personnel dans le processus de planification et de décision,

- > Le développement d'une responsabilisation collective,
- > Le partage d'informations favorisant ainsi le développement d'une organisation apprenante,
- > La liberté de construction des plans de formation continue, à l'initiative des équipes et gérés par elles-mêmes,
- > Le recrutement des pairs par les membres de l'équipe,
- > L'autonomie dans la gestion des problématiques avec le soutien d'un coach si besoin,
- > Un revenu légèrement plus élevé que la moyenne qui contribue à attirer le personnel et le fidéliser.

- Les effets et limites liés à l'organisation des équipes autonomes :

Les facteurs d'autonomie, de rémunération, de libre organisation, de développement des compétences ou encore de baisse de l'épuisement professionnel, contribuent à l'amélioration de la qualité de vie au travail et plus globalement à l'attractivité du métier. Buurtzorg dispose d'une bonne image et a été classée, durant 5 années consécutives, première de la liste des meilleurs employeurs au Pays Bas. Ce résultat se traduit par moins de congés maladies et de rotation du personnel (le taux d'absentéisme est de 2.5% contre 6.5% pour les autres organisations, et le taux de rotation du personnel est de 10% contre 15% pour les autres organisations).

Mais même si les soignants sont globalement satisfaits de cette auto-organisation, il ne faut pas négliger les facteurs individuels et collectifs de ce modèle pouvant susciter un sentiment d'isolement, ou de déconnexion, des équipes de l'organisation. La transition peut être complexe à mettre en œuvre et difficile à vivre pour certains professionnels comme :

- > Les chefs de service devant devenir coach ou risquant de perdre leur emploi car il ne doit pas y avoir de manager dans ce type d'organisation,
- > Tout professionnel dont les attentes ne correspondent pas aux caractéristiques du modèle, soit l'appétence au travail collectif, ou qui font preuve d'un manque de flexibilité pouvant les amener à quitter leur poste.
- > Avant d'entreprendre la transition il est donc important de réfléchir à celle-ci dans un contexte défini, et d'entreprendre une communication efficace et facilitant le développement de l'intelligence collective au sein de l'organisation.

L'expérimentation du modèle à l'étranger fait également apparaître certaines limites, à titre d'exemple :

- > La sectorisation de proximité est difficile à mettre en œuvre si le secteur est prédéfini par les autorités de tutelle,
- > L'auto-organisation est complexe voire impossible selon la culture, le statut et la formation professionnelle des soignants, ainsi que selon le niveau de coercition des pouvoirs publics,
- > L'importance de faire monter en compétences les soignants sur leur savoir-être, notamment pour qu'ils soient en capacité de travailler en équipes autonomes,
- > Les prises de décisions peuvent être entravées par des conflits de personnalité, un manque d'apprentissage de la démarche de recherche de consensus.

La simplification du financement et des processus administratifs pour une efficience globale

- Les caractéristiques principales liées à l'efficience du modèle :

Au-delà de l'effet positif sur la qualité de la prise en charge et l'amélioration de la qualité de vie des professionnels, le modèle Buurtzorg permet également de renforcer l'efficience économique du service de soins à domicile et du système de santé.

Le modèle de Buurtzorg a contribué à faire évoluer le système de santé Hollandais en démontrant que la facturation à l'acte n'était pas pertinente et que l'organisation avec une facturation à l'heure générerait des économies. Dans ce contexte favorable, le modèle a poursuivi son développement exponentiel et constant tant de son activité et que des revenus de l'association, passant d'un chiffre d'affaire de 1 million d'euros en 2007 à 400 millions d'euros en 2017, soit 20 % du marché des soins à domicile aux Pays-Bas.

Le modèle économique de Buurtzorg est également étroitement lié à son système d'information, utilisé pour réduire la bureaucratie, communiquer rapidement et efficacement. L'efficacité du système d'information et la simplification des processus administratifs permettent ainsi d'absorber l'important développement de l'activité de Buurtzorg tout en demeurant à effectif restreint au niveau de ses fonctions support.

L'approche globale et intégrée des soins infirmiers à domicile permet aussi une prise en charge plus efficiente.

- Les effets et limites liés à l'efficience du modèle :

En effet, si les coûts horaires des équipes Buurtzorg sont plus élevés que la moyenne, leurs patients ont besoin de moitié moins d'heures et retrouvent leur autonomie plus rapidement grâce à la qualité des soins prodigués par les équipes autonomes qui mobilisent moins de personnel par patient. La productivité des intervenants de Buurtzorg est ainsi plus élevée de 10% que la moyenne des intervenants des autres structures de soins à domicile. Cette efficacité de prise en charge se traduit donc par des coûts de soins infirmiers inférieurs à la moyenne des autres services de soins à domicile, soit moins cher que 62 % des autres organisations.

L'utilisation de cette plateforme informatique par les fonctions administratives permet aussi d'économiser environ 20% des coûts d'un service de soins à domicile classique. Les frais de structure (dépenses en dehors des soins) chez Buurtzorg s'élèvent entre 8% et 12% du chiffre d'affaires alors que cet indicateur se situe en moyenne entre 25% et 26% dans les services du secteur des soins à domicile.

Il a été également estimé que les économies pourraient être de 2 milliards d'euros pour le système de santé néerlandais si toutes les organisations de soin à domicile avaient des coûts similaires à Buurtzorg. Seulement, les études sur les données économiques restent relativement anciennes (2009 et 2014) et comportent plusieurs limites relatives aux modalités de calcul des coûts, à l'explication des résultats ou encore dans l'approfondissement des analyses.

Enfin, la mise en place effective du modèle Buurtzorg lors des expérimentations à l'étranger dépend en partie du système de financement et des règles de facturation. Lorsque ces dernières relèvent du nombre d'heures de soins et du tarif par typologie d'acte de soin (et non sur un épisode de soins), alors le niveau d'autonomie de l'intervenant à domicile et l'intégration du modèle sont plus limités. De même, aucune référence étudiée ne permet de valider les effets bénéfiques du modèle déployés à l'étranger sur le plan de la performance économique.

Dans des cadres de financement plus restreint, il est difficile de développer l'intégralité de l'approche de Buurtzorg et de garantir son équilibre économique (comme par exemple la réalisation des soins par des intervenants plus qualifiés que la moyenne ou la réduction des frais de gestion liée à des modalités de facturation simplifiées). Ces constats rappellent l'importance de la contextualisation et des ajustements à prévoir lors de l'expérimentation d'une innovation comme le modèle Buurtzorg.