



# Le projet Interreg 2 Mers TICC S'inspirer de Buurtzorg pour transformer l'aide et les soins à domicile



## Plan directeur

**Interreg**   
EUROPEAN UNION

**2 Seas Mers Zeeën  
TICC**

European Regional Development Fund

Le Centre Santé et Europe est le chef de file qui travaille avec treize partenaires de projet :



# Sommaire

<b>Chapitre 1 : Introduction et résumé</b>	4
a Le projet	4
b Buurtzorg: l'inspiration du projet	6
c Les partenaires du projet	8
d Résumé des obstacles, des défis et des solutions proposées	13
e Plan directeur pour transférer le modèle Buurtzorg avec succès	15
<b>Chapitre 2 : Les obstacles et les défis liés à l'application du modèle Buurtzorg dans des contextes institutionnels dans lesquels les valeurs, la culture et les objectifs de Buurtzorg ne sont pas largement partagés</b>	16
a L'incohérence des objectifs dans l'ensemble des organisations	16
b Le manque d'intégration des services à tous les niveaux	18
c La hiérarchie et la concurrence	19
d Le travail axé sur les systèmes plutôt que sur les objectifs	23
e Les solutions proposées	25
i Le <i>statu quo</i>	25
ii Les contournements	26
iii Les systèmes alternatifs	26
iv L'intégration complète	28
f La solution de Buurtzorg : l'établissement d'un cadre	29
<b>Chapitre 3 : Les autres types d'obstacles et de défis</b>	31
a Les défis généraux en soins infirmiers communautaires	31
b Le défi de tout changement	34
c Les défis posés par le modèle lui-même	35
<b>Chapitre 4 : Le « plan directeur » pour un transfert réussi du modèle</b>	38
a Qu'est-ce qu'un <i>blueprint</i> ou « plan directeur » ?	38
b Commencer par l'objectif et les principes	39
c Pourquoi l'auto-organisation est-elle importante ?	39
d L'importance d'un cadre normatif	40
e Soutenir l'auto-organisation	41
f Du changement organisationnel au changement systémique	42
<b>Annexes :</b>	
A Tableau des obstacles et des défis, pages indépendantes	44
B Glossaire des termes	285

# Chapitre 1 : Introduction et résumé

## 1.a Le Projet

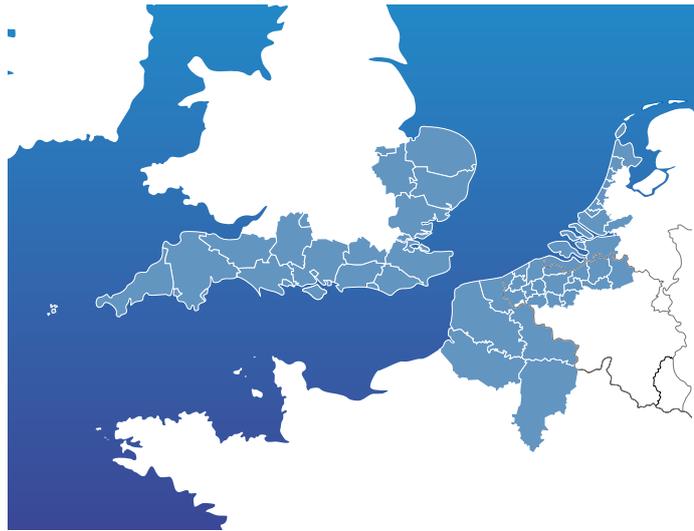
Ce rapport présente les principales conclusions d'un projet entrepris par des organisations dans quatre pays européens afin d'explorer ce qu'implique le transfert d'une innovation réussie dans un contexte national donné vers un autre. L'exemple de Buurtzorg a été choisi en raison de son succès incontestable et remarquable dans son pays d'origine, les Pays-Bas, où il a révolutionné les services de santé et de soins à domicile. Ses réalisations – amélioration des soins, du travail des professionnels soignants et de l'utilisation des ressources – ont inspiré les organisations qui se sont réunies en tant que partenaires de ce projet en vue de les reproduire dans leurs propres pays et localités. Elles ont pu le faire non seulement grâce à l'engagement généreux de Buurtzorg pour permettre et soutenir cette expérimentation, mais aussi grâce au Fonds européen de développement régional du programme Interreg 2 Mers de l'Union européenne qui est venu cofinancer l'important engagement financier des partenaires.

L'inspiration apportée par Buurtzorg est née de son succès. Cette entreprise sociale fondée en 2007 est devenue une décennie plus tard le principal fournisseur de services de santé et de soins à domicile aux Pays-Bas. En permettant aux professionnels de travailler dans des équipes auto-organisées avec des niveaux élevés de liberté et de responsabilité, et leur apportant un soutien continu en ce sens, le modèle est également devenu un exemple international d'une forme d'organisation du travail basée sur la valorisation et la mobilisation de la motivation personnelle, des connaissances et de l'expérience des professionnels. Son succès s'est traduit par des améliorations notoires et durables de la qualité des soins dispensés, la satisfaction au travail du personnel (et son maintien en poste) et la réduction des coûts. Parmi de nombreuses autres faits remarquables, Buurtzorg a remporté les meilleures notes de l'agence néerlandaise d'inspection de la santé et des soins, a été nommée cinq fois meilleur employeur aux Pays-Bas et a reçu le prix Future of Work de la Royal Society for the Encouragement of Arts, Manufactures and Commerce (RSA) en Grande-Bretagne en 2019. Son fondateur, Jos de Blok, a également remporté de nombreux prix, dont le prix Ideas into Practice de Thinkers 50 en 2019, le prix de la Fondation Schwab pour l'entreprise sociale 2022 et, en 2014, la prestigieuse médaille Albert de la RSA – dont les lauréats précédents incluent Marie Curie, Alexander Graham Bell et Stephen Hawking.

Sans surprise, ces réalisations continuent d'attirer l'attention des décideurs et des professionnels du monde entier, dans les milieux de la santé et des soins et au-delà, tout comme elles ont attiré les partenaires de ce projet. Il n'est nul besoin de rappeler ici en détail les défis – démographiques, financiers, systémiques, etc. – auxquels sont confrontés les systèmes de santé et de soins à l'échelle internationale. Ils créent un contexte de plus en plus urgent dans lequel le succès de Buurtzorg résonne fortement avec ceux qui font face quotidiennement – que ce soit au niveau des politiques publiques, au niveau des professionnels de terrain ou entre les deux – à l'écart croissant entre l'efficacité, le caractère abordable et la résilience des services et systèmes existants, et les besoins des populations.

Bien que cela soit une évidence, il faut rappeler que ces défis ont été brutalement exposés et exacerbés par la pandémie de Covid-19, qui a montré l'importance de ce projet alors même qu'elle perturbait sa continuité et la capacité des partenaires à y engager des ressources. Une interruption à partir de mars 2020 a conduit non seulement à un report d'un an de la date d'achèvement du projet, mais également à l'impossibilité pour certains partenaires de continuer, même si la majorité d'entre eux ont pu reprendre, bien qu'à une échelle réduite dans certains cas.

La zone des 2 Mers – qui regroupe les zones côtières de la Manche et de la mer du Nord d'États membres de l'Union européenne au début du projet en 2017 – fait face à tous les défis cliniques, sociaux et financiers en matière de santé et d'aide à domicile que rencontrent les espaces marqués par un vieillissement de la population et une réduction des financements publics. Pour certaines parties des régions concernées par le projet, les défis sont d'une ampleur critique. Le recrutement et le maintien en poste de la main-d'œuvre des secteurs de la santé et de l'aide à domicile sont difficiles, et la situation se détériore encore à mesure



que la main-d'œuvre vieillit. Cela a un impact sur la qualité perçue par les communautés et les patients. Les changements systémiques dans la zone des 2 Mers au cours des vingt dernières années visaient à améliorer les soins et à limiter les coûts, mais ont conduit à la fragmentation des soins, à une approche axée sur les tâches et les activités, et à une utilisation moins efficace des ressources.

Plusieurs initiatives ont été jugées innovantes mais ont rarement été transférées d'un pays à l'autre. L'objectif de ce projet était d'identifier les causes de ces blocages et d'explorer les moyens de surmonter les obstacles à la transférabilité en travaillant à l'introduction de l'approche Buurtzorg dans les organisations et les systèmes des « partenaires opérateurs » du projet. Cela a été fait avec l'aide de Buurtzorg et de son partenaire en Grande-Bretagne et en Irlande, Public World, « partenaires de soutien » du projet. D'autres partenaires ont contribué autrement, par exemple en évaluant le travail effectué par les partenaires opérateurs. Une liste de tous les partenaires et des missions et réalisations effectuées dans le projet, décrite dans leurs termes, forme la section 1(c) ci-dessous. Tous les partenaires ont contribué à hauteur de 40 % de leurs coûts au projet avec leurs propres ressources, les 60 % restants étant financés par le programme Interreg 2 Mers.

Ce projet n'est pas le seul à tenter d'appliquer le modèle très réussi de Buurtzorg dans d'autres pays, mais c'est la première fois qu'une tentative est faite dans plus d'un pays afin d'en apprendre davantage sur les obstacles et défis rencontrés et comment les surmonter. Les acteurs du soin sont restreints par des contraintes liées à leurs cadres réglementaires nationaux qui ont rendu plus difficile l'application du modèle ailleurs en Europe. Les partenaires du projet ont apporté leur expertise dans leurs tentatives pour y parvenir et identifier les obstacles au transfert de l'innovation. En travaillant en partenariat dans quatre pays, l'objectif a été de comprendre les défis plus en détail et de mettre en évidence les obstacles similaires que des partenaires opérateurs peuvent rencontrer et partager.

Le but de ce rapport est de saisir les défis rencontrés par les partenaires du projet TICC quand ils ont essayé de reproduire le succès de Buurtzorg et les leçons de leur expérience. Il ne cherche pas à passer sous silence ces défis ou à minimiser les obstacles en jeu. Au contraire, l'objectif est de présenter un compte rendu complet de l'expérimentation, à partir de laquelle tous ceux partageant les motivations ayant inspiré les fondateurs de Buurtzorg en 2007 peuvent tirer des leçons pour relever les défis du renouvellement et du renforcement des systèmes de santé et de soins dans leur propre pays.

L'intention a été d'informer, d'inspirer et soutenir le changement systémique dans les soins de santé et les services sociaux, de fournir des services mieux adaptés à notre population vieillissante, de répondre à

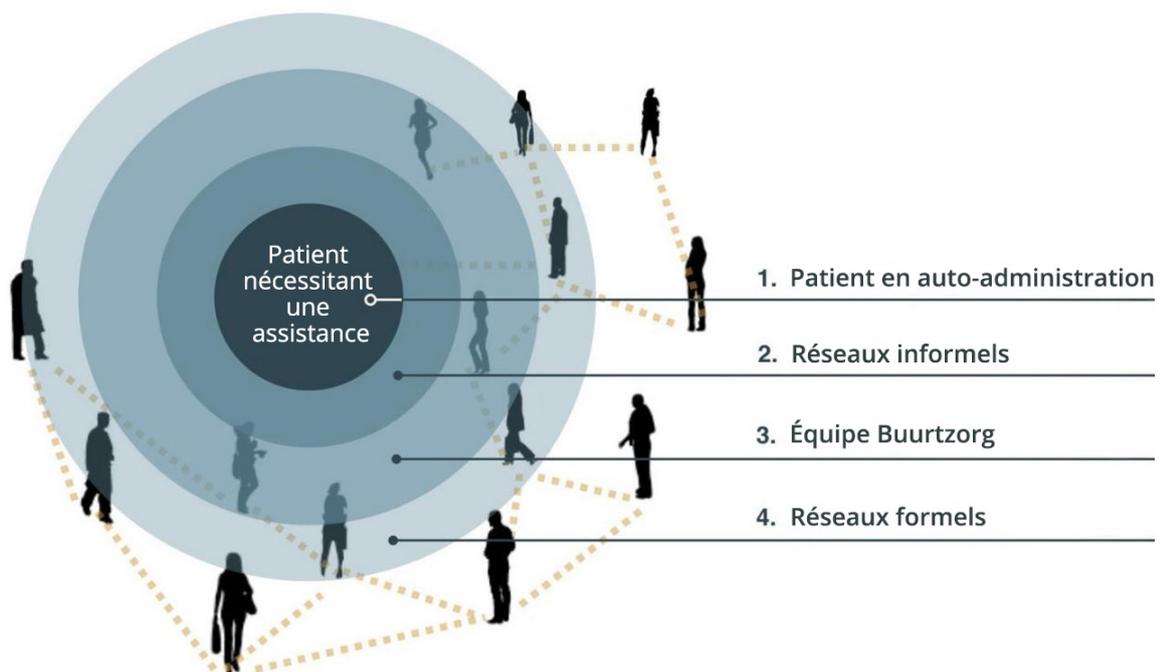
des besoins holistiques, et d'aider les autres à surmonter les obstacles au transfert de modèles de services socialement innovants d'une région à une autre. Nous espérons que cela permettra à d'autres organisations de santé et de services sociaux d'essayer de nouvelles idées ; d'augmenter la productivité, le recrutement et le maintien du personnel ; d'améliorer la satisfaction des patients ; de réduire les coûts, les admissions d'urgence et les absences du personnel ; et de reporter le moment où des soins en établissement et/ou palliatifs sont nécessaires.

## 1.b Buurtzorg : l'inspiration du projet

Dans les années 1990, comme dans de nombreux autres pays à travers le monde, une série de réformes des politiques publiques ont été mises en œuvre aux Pays-Bas dans le but d'en améliorer l'efficacité. Dans ce que l'on appelle souvent la « nouvelle gestion publique », l'objectif était de définir et de normaliser les tâches de service spécifiques requises pour obtenir un résultat axé sur les politiques, de réduire les coûts en les affectant au fournisseur le moins onéreux, et de tenir les travailleurs de la fonction publique responsables de la réalisation des objectifs dans un régime strict de gestion des performances. Aux Pays-Bas, le résultat a été que les coûts ont doublé en dix ans alors que la qualité du service a chuté. Les patients étaient vus par une succession de professionnels et fournisseurs de service, chacun d'entre eux étant responsable d'un aspect différent des soins prodigués, aucun d'entre eux ne passant plus de quelques minutes au domicile des patients. La satisfaction des patients a diminué et les professionnels de soins eux-mêmes ont de plus en plus perdu leur motivation, au point que beaucoup ont quitté la profession.

En réponse à cela, quatre Néerlandais ont pris des mesures décisives contre les effets de ces réformes afin de sauver l'aide et les soins à domicile et leurs bénéficiaires. En 2007, Jos de Blok, un infirmier qui avait également étudié l'économie, et trois autres personnes ont créé leur propre entreprise sociale, Buurtzorg, « soins de quartier » en néerlandais. Les équipes d'infirmières locales auto-organisées seraient responsables de tous les aspects des soins, travaillant conformément à leur éthique professionnelle, leur savoir-faire et leur bon sens

Figure 1: le modèle en « oignon » de Buurtzorg



pour faire tout ce qui est nécessaire pour aider leurs patients à s'épanouir à domicile. Elles commenceraient par établir une relation avec leur patient potentiel – « d'abord le café, puis les soins » disent les infirmières de Buurtzorg – et l'aideraient à ce qu'il puisse assurer le maintien de leur autonomie.

Le « modèle en oignon » de la figure 1 montre les éléments fondamentaux nécessaires à l'indépendance, sur la base de ce que les fondateurs de Buurtzorg considèrent comme des valeurs humaines universelles :

- les gens veulent avoir le contrôle de leur vie le plus longtemps possible;
- les gens s'efforcent de maintenir ou d'améliorer leur qualité de vie;
- les gens recherchent l'interaction sociale;
- les gens recherchent des relations « chaleureuses » avec les autres.

Le professionnel s'adapte au patient et à son contexte, en tenant compte du milieu de vie et de la famille, des amis, des voisins et des intérêts du patient, ainsi que des professionnels déjà connus du patient ou dont le soutien pourrait lui être nécessaire. Le professionnel cherche ainsi à construire une solution qui implique le patient et ses réseaux formels et informels. L'auto-organisation, la continuité et l'établissement de relations de confiance et de réseaux dans le quartier sont des principes importants pour les équipes de Buurtzorg.

Pour travailler de manière créative, centrée sur la personne et fondée sur le relationnel, les équipes doivent disposer d'une liberté professionnelle assortie de responsabilités. Pour cette raison, toutes les équipes d'infirmières de Buurtzorg sont auto-organisées dans un cadre simple et clair qui s'applique à toutes les équipes. Le cadre définit les attentes professionnelles concernant les normes de soins, le travail d'équipe et l'utilisation des ressources, fixant ainsi les normes et les limites de l'auto-organisation des équipes.

Les membres de l'équipe apportent diverses expériences, expertises et qualifications à leur travail, mais tous fournissent des soins holistiques et opèrent ensemble sans hiérarchie, ce qui leur permet de répondre collectivement à un large éventail de besoins des patients. Les équipes décident de la manière dont elles organisent le travail, répartissent les responsabilités et prennent des décisions, en partageant et en faisant tourner un ensemble de tâches organisationnelles et administratives mieux exécutées au niveau de l'équipe (telles que la gestion des tournées). Dans tout leur travail, elles utilisent une méthodologie appelée méthode d'interaction orientées sur les solutions, ainsi qu'une structure et un processus de réunion d'équipe basés sur cette méthodologie. Elles disposent également de leurs propres budgets de formation, qu'elles peuvent déployer comme elles l'entendent. Elles ont l'esprit d'entreprise, améliorant continuellement l'organisation et les services. Toutes les innovations de Buurtzorg proviennent d'une personne ou d'une équipe qui a eu une idée, a été libre d'essayer quelque chose de nouveau, et qui a partagé son expérience avec le reste de l'organisation.

Buurtzorg s'est rapidement développé car de plus en plus d'infirmières ont été à nouveau attirées par le métier ou recrutées auprès d'autres prestataires pour mettre en place leurs propres équipes dans les quartiers de leur choix. Aujourd'hui, Buurtzorg compte plus de 900 équipes auto-organisées, chacune comptant jusqu'à 12 infirmières et aides-soignantes, soutenues par 22 coachs régionaux et un « back-office » national de seulement 50 personnes qui fournit aux équipes des services de soutien organisationnel et administratif, sans chercher à les commander ou les contrôler. Tous les membres de l'équipe utilisent un système informatique – développé au sein de Buurtzorg au fil de la croissance de l'organisation – qui prend en charge l'évaluation, la planification et le bilan des soins, ainsi qu'un intranet permettant de partager et de développer les connaissances collectives.

Lorsque le projet TICC a débuté en 2017, Buurtzorg avait connu au cours de sa première décennie, des résultats de plus en plus impressionnants, devenant ainsi le plus grand fournisseur de services d'aide et de soins à domicile aux Pays-Bas. La dernière inspection de l'équivalent néerlandais de la Commission de la qualité des soins britannique (CQC) lui a donné les meilleures notes dans toutes les catégories, et les taux de satisfaction de ses patients sont les plus élevés de tous les organismes de soins de santé. Buurtzorg a été désigné employeur néerlandais de l'année (tous secteurs confondus) à cinq reprises. Des économies substantielles ont été réalisées car le nombre moyen d'heures de soins par patient a été réduit de moitié.

Les nouveaux projets de Buurtzorg appliquent les mêmes principes à l'aide à domicile, au soutien des enfants, à la santé mentale, aux soins de maternité et à d'autres domaines des services de santé et de soins. Le mouvement s'est également répandu à l'échelle internationale, inspirant le changement dans un nombre croissant de pays sur tous les continents. Le succès remarquable de Buurtzorg a été obtenu avec une logique cohérente de soins et de conception organisationnelle. Comme l'a dit le fondateur Jos de Blok : « Nous avons commencé à travailler avec différents pays et nous avons découvert que les problèmes étaient les mêmes. Le message, à chaque fois, est de recommencer à partir du point de vue du patient et de simplifier les systèmes. »

## 1.c Les partenaires du projet

Ce qui suit est une liste de tous les partenaires au début du projet, et dans certains cas leurs propres descriptions de leur rôle et de leurs actions dans ce projet.

**The Health and Europe Centre :** entreprise sociale fournissant des services européens au NHS et à d'autres organisations de santé dans le sud-est de l'Angleterre. Il vise à offrir des possibilités d'apprentissage grâce à des collaborations avec des homologues d'autres pays et possède une grande expérience du travail en partenariat. (Royaume-Uni) <https://healthanduropecentre.nhs.uk/>

*« Nous étions à l'origine du projet : notre travail dans différents systèmes de santé européens et dans le cadre de réseaux de santé paneuropéens a permis de comprendre que des modèles de soins innovants dans différents pays n'étaient pas transférés dans d'autres. Nous avons identifié Buurtzorg comme étant pertinent pour d'autres pays, construit le consortium du projet, développé le programme de travail et dirigé tous les aspects de la réalisation du projet. »*

**Buurtzorg Concepts :** travaille sur la promotion et le soutien au transfert international de savoirs à partir de l'expérience de Buurtzorg Nederland, une organisation néerlandaise de soins à domicile à but non lucratif qui a attiré l'attention internationale par ses soins holistiques de grande qualité et à moindre coût grâce à des équipes d'infirmières autogérées. Créé en réponse à la fragmentation et à l'industrialisation de la santé et des soins à domicile aux Pays-Bas, Buurtzorg fournit des soins holistiques centrés sur la personne et prodigués par des petites équipes (max. 12 membres) basées dans des quartiers de petite taille. (Pays-Bas) <https://www.buurtzorg.com/>

**Kent County Council :** collectivité territoriale régionale desservant plus de 1,5 million de personnes dans le comté de Kent, au sud-est de l'Angleterre, notamment en charge de la protection sociale dans le contexte institutionnel anglais. Le KCC cherche à développer des modèles pour l'intégration de sa population et de ses services qui améliorent les résultats et l'expérience des soins, en utilisant au mieux les ressources. (Royaume-Uni) <https://www.kent.gov.uk/>

« Le KCC a expérimenté la transformation des soins à domicile par le biais du TICC, en s'éloignant des équipes infirmières et en développant une équipe de soins à domicile autogérée. Cette équipe a été soutenue par des ergothérapeutes et a été alignée sur la pratique des médecins généralistes d'Ashford, dans le Kent. L'équipe a opéré dans une petite zone pour aider les patients à établir des objectifs et gagner en autonomie, évalué les installations communautaires, promu l'indépendance et créé des réseaux communautaires pour réduire la solitude et l'isolement. L'équipe a travaillé en étroite collaboration avec l'équipe d'aide sociale locale et les cabinets de médecins généralistes, en établissant des relations et des actions.

Ce projet pilote a testé si ce modèle facilitait la transition des soins traditionnels, basés sur le temps et les tâches dans la communauté, à une approche centrée sur l'établissement d'objectifs et l'autonomisation. En raison de la Covid-19, l'équipe a dû apporter son soutien à d'autres services au sein de l'organisation et revenir à une méthode de travail plus traditionnelle. À cause du manque permanent de personnel et des difficultés de recrutement, l'équipe a été dissoute et le projet pilote a malheureusement pris fin.

Le projet pilote du modèle de soins à domicile a été très bien accueilli par les services communautaires, les médecins généralistes et les patients qui en ont bénéficié. Les membres de l'équipe ont apprécié la nouvelle façon de travailler et ont établi d'excellentes relations avec les personnes assistées, leurs familles et la communauté locale.

Le Kent County Council a travaillé avec les partenaires du projet pour rassembler la documentation détaillant les obstacles et les défis auxquels chacun des partenaires a été confronté en essayant de mettre en œuvre les principes du modèle Buurtzorg. La coproduction dans l'ensemble du partenariat a conduit à la création de solutions et de modèles de solutions correspondant à chacun des obstacles et défis, pour lesquels des solutions, jugées durables, ont été trouvées. »

**Kent Community Health Foundation Trust** : prestataire de soins infirmiers à domicile expérimenté, dispensant des soins 24/7, soutenant les patients atteints de maladies ou souffrant de fragilités à long terme au sein du National Health Service en Angleterre. Le KCHFT fournit également des services de soins intermédiaires et travaille avec les patients, les familles, les soignants, les collègues du secteur de la santé et des services sociaux ainsi que le secteur du bénévolat pour permettre aux patients de rester indépendants et en sécurité à domicile, de se remettre d'une maladie ou d'une blessure, et d'éviter des fréquentations ou des admissions superflues dans des hôpitaux. (Royaume-Uni) <https://www.kentcht.nhs.uk/>

« En répondant aux besoins des patients et en gardant un œil sur les réformes futures du NHS, KCHFT a tenu à doter les membres de l'équipe des outils que Buurtzorg utilise pour soutenir des soins personnalisés et une prise de décision de l'équipe aussi près que possible du patient. TICC s'est engagé auprès de 97 équipes comprenant 974 personnes (environ un cinquième de notre effectif). Nous avons introduit un nouveau système de dossier patient électronique et des tableaux de bord d'équipe à l'aide de Microsoft Power BI. Nous avons également réduit la charge bureaucratique vécue par nos équipes de première ligne en éliminant les politiques inutiles, rationalisant les processus et le système d'approbation. Nos patients et notre personnel ont contribué à l'étude éthique menée par les partenaires d'évaluation, les données générales ont été partagées avec eux, et les défis et les obstacles ont été communiqués aux partenaires chargés d'élaborer le plan directeur.

*Grâce au dialogue et aux ateliers avec les équipes de terrain, l'équipe de direction et les responsables RH, de la gouvernance clinique, de la performance, des finances et des équipes informatiques, nous avons travaillé à l'élaboration d'un cadre simple que nous avons testé et affiné. Cela nous a également amenés à réviser complètement notre système de délégation qui était historiquement basé sur la répartition par catégorie salariale. Après une conversation à l'échelle de l'organisation, un nouveau système de délégation a été approuvé qui a identifié le rôle le plus approprié pour les approbations et les autorisations : donner plus d'autonomie aux équipes tout en respectant les bonnes pratiques du NHS en matière de finances, d'achats et d'emploi. »*

**Medway Community Healthcare** : fournit un large éventail de services de proximité aux personnes vivant dans le Medway et dans les environs ; depuis les auxiliaires de vie et les infirmières communautaires jusqu'aux orthophonistes et aux soins d'urgence en dehors des heures de travail. La majorité des services fournis le sont à travers le NHS, bien que certains soient commandités par les autorités locales. En tant qu'entreprise sociale, il est également en mesure de fournir des services supplémentaires tels que des cours de Pilates menés par un kinésithérapeute, des séances de podologie et des formations pour les écoles. Tout profit réalisé grâce à ces services est réinvesti pour améliorer l'ensemble des services. (Royaume-Uni) <https://www.medwaycommunityhealthcare.nhs.uk/>

*« Medway Community Healthcare (MCH) a adopté la philosophie et les principes du modèle Buurtzorg. Introduire des équipes de soins de proximité et soutenir d'autres équipes communautaires intégrées, tout en travaillant aux côtés de notre back-office pour simplifier les processus et libérer du temps pour prodiguer les soins.*

*Le modèle correspond bien au développement par le NHS de systèmes de soins intégrés (SCI), des organisations qui se réunissent pour planifier et fournir des services conjoints de santé et de soins afin d'améliorer la vie des personnes qui vivent et travaillent dans leur région. Appuyés par la réorganisation des services en réseaux de soins primaires (PCN), des groupes de médecins généralistes travaillent en étroite collaboration – ainsi qu'avec d'autres personnels et organisations de soins de santé communautaires –, fournissant des services intégrés à la population locale.*

*La transformation des services communautaires, et en particulier des soins infirmiers, est un cheminement que nous continuons d'effectuer. Pour certains, les principes à intégrer se décrivent le mieux comme rétro-innovants. Revenir à des équipes plus petites dans les quartiers, axées sur des interventions holistiques et préventives, afin de maintenir et favoriser la santé et le bien-être des gens de manière optimale, ou leur permettre de mourir à la maison avec dignité. Favoriser l'innovation, le cas échéant par la technologie.*

*Au Medway Community Healthcare, l'aspect technologique s'est concentré sur le passage, dans la mesure du possible, d'une pluralité de systèmes auxquels les cliniciens ont accès à un unique système, avec la mise au point d'une seule authentification pour simplifier et accroître le caractère intuitif des systèmes, réduisant par-là les charges administratives pesant sur les cliniciens. Un meilleur soutien leur est ainsi proposé grâce par un accès plus intelligent et plus facile à des données valides et opportunes sur les performances de l'équipe, tant quantitatives que qualitatives.*

*Les avantages d'intégrer et de travailler à la mise en œuvre complète du modèle ont nécessité une collaboration continue, à la fois en interne au Medway Community Healthcare, et en externe avec des partenaires, afin d'en comprendre les principes et les intérêts, à savoir : améliorer la prestation des soins dans la communauté, réduire la fragmentation de la prestation, se concentrer sur la qualité des soins, non seulement sur les tâches mais sur les résultats pour les patients, leurs familles et plus généralement*

*sur l'économie de la santé et des soins, comme démontré aux Pays-Bas. L'accent devrait maintenant être mis sur la continuité, en privilégiant des solutions à long terme plutôt que le dépannage rapide à court terme. »*

**Soignons Humain :** encouragement de nouveaux modèles d'organisation dans le domaine des soins à domicile et des services de santé en France, avec une meilleure satisfaction des patients, des employés et des deniers publics. (France) <https://www.soignonshumain.com/>

*« Nous avons progressivement mis en place sept équipes d'infirmières employées (5 ETP par équipe en moyenne) dans la zone TICC, soutenues par deux coachs d'équipe et deux personnes en back-office : deux équipes en 2017, une en 2018, trois en 2019, deux en 2020 et une en 2021.*

*En plus du programme TICC, et grâce à lui, nous avons réussi à obtenir un mode de paiement spécifique pour les soins infirmiers, basé sur le temps passé avec les patients plutôt qu'à travers la liste générale des services. Ce dispositif s'appelle "Équilibres", l'une des 120 expérimentations de l'article 51 autorisées en France depuis 2019. Ce programme comprend les évaluations des besoins des patients basées sur Omaha, et un accent particulier est mis sur l'autonomie du patient et la prévention.*

*Nous avons également inclus en 2020 trois autres équipes dans nos opérations TICC, dont deux composées d'infirmières indépendantes privées.*

*Ce programme "Équilibres" est maintenant en discussion finale avec le ministère de la Santé pour une extension nationale compte tenu des impacts positifs sur l'expérience professionnelle, la qualité des soins et un meilleur accès aux soins pour les personnes les plus vulnérables. Si cela est confirmé, cela entraînerait un changement global et systémique du cadre juridique ou des soins infirmiers en France, pour l'ensemble du pays.*

**Public World :** entreprise sociale opérant pour les entreprises qui aide à établir des communautés locales et professionnelles saines et fortes en soutenant le travail d'équipes auto-organisées, dans le but de rendre le travail plus juste, plus épanouissant et plus productif, et d'amener les institutions à agir de manière plus responsable. Également connu sous le nom de Buurtzorg Britain & Ireland. (Royaume-Uni) [www.publicworld.org](http://www.publicworld.org)

*« En nous appuyant sur notre expérience de soutien au changement de la fonction publique à l'échelle internationale et en introduisant le modèle Buurtzorg en Grande-Bretagne, Public World a fourni un soutien à la formation et à son développement auprès du Kent County Council, à la Kent Community Health Foundation Trust et au Medway Community Healthcare. Le soutien a porté en particulier sur la formation des équipes à l'auto-organisation, la méthode d'interaction orientée sur les solutions, l'évolution des responsables d'équipe, ainsi que des conseils sur le changement organisationnel et administratif.*

*Public World a également compilé les obstacles et défis rencontrés par tous les partenaires du projet et leurs analyses tels qu'exposés dans ce rapport, en s'appuyant en particulier sur notre expérience plus large d'aide à l'introduction de l'autogestion dans les domaines de la santé et des soins et d'autres dispositifs. À l'invitation de nos partenaires, nous sommes heureux d'héberger les archives en ligne de tous les documents écrits générés par le projet, accessibles au public. »*

**Zorgbedrijf Antwerpen** : fournit des services aux personnes âgées et aux enfants dans la ville d'Anvers, en Belgique, offrant à la fois des soins en établissement et des soins à domicile. (Belgique) <https://www.zorgbedrijf.antwerpen.be/>

**Emmaüs** : Les soins aux personnes âgées (Elderly Care) n'est que l'un des cinq secteurs du bien-être et de la santé du groupe Emmaüs en Belgique. Ten Kerselaere est l'établissement de soins résidentiels pour personnes âgées le plus ancien et le plus connu de Heist op den Berg. Le concept combine des logements, sûrs et confortables, avec des installations de vie assistée et des soins de pointe. (Belgique) <https://emmaus.be/>

**Eurasante** : agence de développement économique dédiée à la santé, à la nutrition et au vieillissement en bonne santé dans les Hauts-de-France (et coordinatrice du comité régional de l'économie liée aux seniors). (France) <https://lille.eurasante.com/>

**VIVAT Service à la personne** : créée en 2006, l'entreprise n'a cessé de croître en taille et en activité grâce à l'ouverture de nouvelles agences afin de fournir des services de soins sur une plus grande partie de la France et comprend VIVAT Marcq Wasquehal, VIVAT Lille Seclin, VIVAT Douai Cambrai, VIVAT Bailleul Bergues et la franchise VIVAT Lomme Lambersart. (France) <https://www.vivat.fr/>

**Groupe des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille** : réalise des essais cliniques soutenus par une équipe pluridisciplinaire comprenant : des assistants de recherche clinique pour le suivi des essais, des gestionnaires de données en charge de l'élaboration des bases de données, et des spécialistes en biostatistique et méthodologie fournissant une assistance dans le développement des essais cliniques et dans l'analyse des données. (France) <https://www.ghicl.fr/>

*« Ils ont participé à l'évaluation des sites pilotes dans les pays des 2 Mers concernés. En partenariat avec la HZ University of Applied Science aux Pays-Bas, un protocole d'évaluation a été développé pour étudier l'impact de ce nouveau modèle sur les patients, leurs soignants, mais aussi sur les salariés concernés. Une étude a été menée en utilisant des méthodes visant à recueillir des données liées aux trois principaux résultats de l'évaluation : de meilleurs soins pour les personnes, un meilleur maintien en poste du personnel et des économies de coûts. »*

**HZ University** : compte 4 500 étudiants, offre de nombreux programmes d'études et une forte orientation internationale aux Pays-Bas. L'université est divisée en sept académies, avec certains cours enseignés en anglais. Elle mène des projets pilotes d'innovation concernant la coopération intersectorielle entre la santé, la vitalité et le tourisme, réunissant les entrepreneurs, le gouvernement et les utilisateurs, avec une attention particulière aux soins communautaires dirigés par des infirmières. (Pays-Bas) <https://hz.nl/en>

**La Vie Active** : La Vie Active a été créée en 1964 et reconnue d'utilité publique dès 2002. Depuis sa création, cet acteur central de l'économie sociale et solidaire n'a eu de cesse de se développer pour accompagner au mieux ses usagers face à leurs difficultés et dans le cadre de leur parcours de vie.

Son action militante s'étend dans tous les champs d'intervention du secteur social et médico-social, s'adressant aussi bien aux enfants, aux adultes, aux personnes âgées dépendantes, aux personnes atteintes d'un handicap qu'aux personnes en grande difficulté sociale.

Son secteur Personnes Âgées promeut le bien vieillir et le maintien de l'autonomie dans le respect et la dignité. Il rassemble les établissements, services d'aide et de soins qui accompagnent des personnes âgées

dépendantes ou en situation de handicap, à domicile ou en hébergement. Plusieurs types de prises en charge et d'accueil y sont proposés pour s'adapter continuellement aux besoins des usagers et à la diversité de leurs situations. Nos professionnels formés à un accompagnement bienveillant, animent chaque jour ces lieux de vie et se mettent également au service des aidants en leur offrant leur expertise et en proposant des espaces de répit.

*« La Vie Active est un partenaire opérateur du projet TICC. Nous avons rejoint ce projet en 2017 avec l'ambition d'améliorer nos Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) situés à Courrières, dans le Pas-de-Calais. Notre équipe est composée d'une dizaine d'aides-soignantes, d'une Directrice infirmière et d'une secrétaire. Elle a expérimenté et fait évoluer ses pratiques en s'inspirant et en adaptant le modèle Buurtzorg à son contexte local » <https://vieactive.fr/>*

## 1.d Résumé des obstacles, des défis et des solutions proposées

L'un des principaux objectifs du projet était d'identifier et d'explorer des solutions aux divers obstacles et défis rencontrés lors de l'application du modèle Buurtzorg aux environnements culturels, institutionnels et politiques des trois pays concernés. Au fil de leurs efforts pour transformer leurs services de soins en s'inspirant de Buurtzorg, les partenaires ont pris note des obstacles et des défis auxquels ils se sont heurtés au cours des quatre années et de la manière dont ils les ont contournés ou, pour certains, surmontés.

Ce travail étant en cours, il n'est pas nécessairement fait état de l'impact final des solutions proposées en annexe de ce rapport, tout comme il est possible que de nouvelles solutions soient en train d'émerger et ne soient donc pas mentionnées ici. L'identification des obstacles et les efforts pour les surmonter sont au centre de l'engagement de Buurtzorg pour un apprentissage et une amélioration continus, et ont été au cœur de l'approche adoptée par les partenaires du projet. Pour plus de détails, veuillez-vous reporter à l'annexe A.

Au moment où ce rapport a été établi, près de 250 obstacles et défis au total ont été mentionnés. En les analysant, nous avons identifié quatre catégories interdépendantes :

1. Obstacles et défis liés à l'application du modèle Buurtzorg dans des contextes institutionnels pour lesquels les valeurs, la culture et les objectifs de Buurtzorg ne sont pas largement partagés
2. Obstacles et défis généraux à l'aide et aux soins à domicile dans le contexte national ou international
3. Obstacles et défis liés à l'essai de quelque chose de nouveau
4. Obstacles et défis liés au modèle lui-même

La première catégorie était de loin la plus répandue, considérable et particulièrement pertinente pour l'objectif du projet TICC, consistant à identifier les obstacles et les défis à l'introduction du modèle Buurtzorg dans différents contextes institutionnels et culturels. Ce type de défi est donc l'objet principal du rapport et le chapitre 2 y est consacré, tandis que le chapitre 3 explore les trois autres catégories.

Tous les partenaires impliqués ont déclaré avoir rencontré des difficultés de type 1, sous quatre formes principales :

- a) **L'incohérence des objectifs institutionnels et organisationnels** : les équipes étaient financées et suivies selon des indicateurs ne reflétant pas les résultats qu'elles essayaient d'atteindre dans le cadre du modèle Buurtzorg.

- b) **Le manque d'intégration des services à tous les niveaux** : les équipes essayaient de travailler de manière holistique et centrée sur le patient, mais elles avaient à faire à des systèmes de réglementation et de suivi qui ne soutenaient pas cette démarche. Les autorités de tarification et les organismes de réglementation répartissent le travail en fonction du type de soins (de santé ou sociaux) et de limites géographiques qui ne correspondent pas aux quartiers desservis.
- c) **La hiérarchie et la concurrence** au sein des institutions ont pour effet de saper l'autonomie professionnelle des équipes, d'entraver leur travail et de rendre leur fonctionnement non hiérarchique et collaboratif plus difficile.
- d) **Le travail régi par les systèmes** : les équipes étaient souvent tenues d'adapter leur travail à des systèmes institutionnels rigides au lieu de systèmes conçus pour venir en soutien de leurs objectifs.

Pour toutes ces raisons, l'expérience du projet suggère que les principaux obstacles à l'application du modèle Buurtzorg en dehors de son pays d'origine ne proviennent pas de l'incapacité des professionnels hors des Pays-Bas à fonctionner avec une grande autonomie, mais de défaillances organisationnelles et systémiques ne les soutenant pas dans leur autonomie. Les partenaires du projet ont essayé un éventail de solutions à ce défi. Leurs idées et approches peuvent être regroupées en quatre catégories globales :

- i) **Statu quo** : demander aux professionnels des équipes pilotes du projet TICC de continuer à travailler en fonction des objectifs, des valeurs et de la culture de leur propre organisation, même lorsque celles-ci n'étaient pas bien alignées avec l'approche Buurtzorg. Cela a probablement sapé leurs efforts pour optimiser les avantages du modèle dans leur propre travail.
- ii) **Contournements** : aider les équipes pilotes à trouver des solutions leur permettant de travailler le plus possible dans le respect des objectifs, des valeurs et de la culture du nouveau modèle, tout en s'intégrant dans les systèmes de leur organisation. Cette approche a probablement permis d'appliquer le modèle dans une certaine mesure, tout en exigeant une charge administrative supplémentaire pour le personnel, ce qui a pris un temps et une énergie qu'il aurait été préférable de consacrer aux soins et, par conséquent, a à nouveau conduit à un impact négatif du nouveau modèle lui-même. De telles solutions de contournement sont également peu susceptibles d'être évolutives.
- iii) **Systèmes alternatifs** : modification de certaines parties des systèmes de l'organisation porteuse du projet, de sorte que ses équipes pilotes puissent travailler avec des systèmes différents du reste de leur organisation. Cela a résolu certains des problèmes rencontrés et peut être une solution durable si le modèle devient la norme dans l'organisation et que les nouveaux systèmes remplacent les anciens. Cependant, dans la phase de transition, bien qu'elle soit préférable aux solutions de contournement pour les équipes, cette approche ajoute des coûts administratifs à l'organisation dans son ensemble.
- iv) **Intégration complète** : modification des objectifs, des valeurs et/ou de la culture de l'organisation hôte conformément au modèle Buurtzorg. Il est probable que cette approche soit nécessaire à la pleine application du modèle dans l'ensemble des organisations et elle peut être le fruit d'une mise en œuvre stratégique de l'approche par systèmes parallèles (option 3).

Dans l'ensemble, bien que les partenaires aient indiqué que l'application du modèle à grande échelle et durablement au sein de leurs organisations nécessiterait une intégration complète, ils ont également souligné la réussite de systèmes alternatifs, qui ont permis aux équipes pilotes de travailler plus efficacement dans les limites du contexte institutionnel. Toutefois, dans les deux cas, les organisations ont aussi vu leur capacité à adapter les politiques et les processus en vue d'une application plus efficace du modèle limitée de diverses manières par des obstacles financiers, institutionnels, juridiques, réglementaires et structurels plus larges relatifs aux systèmes de santé et de soins dont elles font partie.

## 1.e Un plan directeur pour transférer le modèle Buurtzorg avec succès

L'un des principaux objectifs du projet TICC, comme l'indique son site internet (<https://www.interreg2seas.eu/fr/ticc>), était de constituer un « plan directeur pour le transfert réussi de modèles de services innovants dans le domaine de la santé et des soins à domicile d'un pays à l'autre, bénéficiant à tous les services publics et privés ».

À partir de l'expérience des partenaires du projet, notamment en ce qui concerne les obstacles et défis auxquels ils ont été confrontés et leurs différentes approches pour les surmonter, les conclusions générales du projet sont exposées au chapitre 4.

# Chapitre 2 : Les obstacles et les défis liés à l'application du modèle Buurtzorg dans des contextes institutionnels pour lesquels les valeurs, la culture et les objectifs de Buurtzorg ne sont pas largement partagés.

## 2.a L'incohérence des objectifs dans l'ensemble des organisations

Les équipes ont constaté que le manque d'intégration cohérente des objectifs de Buurtzorg (grande qualité des soins, équipes épanouies, viabilité financière) dans l'ensemble des organisations et des prestataires de services de soins à domicile en général, constituait un obstacle à la réalisation de ces objectifs sur le terrain. En effet, les équipes TICC se sont retrouvées à essayer d'atteindre un ensemble d'objectifs dans leur travail quotidien tout en ayant leurs résultats suivis et évalués selon un ensemble d'objectifs différents (du moins à certains égards). Par conséquent, les exigences des rapports de performance à établir étaient lourdes et chronophages, et ne permettaient pas aux équipes TICC de voir si elles atteignaient ou non les objectifs réels du service qu'elles fournissaient. Cette inadéquation a également mis ces équipes sous pression pour travailler d'une manière non conforme à l'objectif et aux principes de Buurtzorg.

Indépendamment de la façon dont est organisé le financement, si ceux qui détiennent les cordons de la bourse n'adhèrent pas aux objectifs du modèle Buurtzorg, cela constitue un obstacle à la réussite de son application. Par exemple, à l'opposé du modèle Buurtzorg, qui se veut centré sur la personne et fondé sur le relationnel, les autorités de tarification dans les contextes anglais et français paient en fonction du nombre de tâches effectuées. Cette approche ne s'occupe pas de savoir si les besoins des patients sont satisfaits, ce qui signifie que les équipes TICC se concentrent sur les résultats tout en étant financées pour chaque tâche accomplie. Cela a suscité des problèmes pour ces équipes sur le terrain. L'un des partenaires en Angleterre est financé par un processus de demande de service qui finance selon un modèle basé sur les tâches accomplies. Il a signalé que « les services sont commandés sur la base d'une activité et d'un contrat global » (2019, #RW145-145LC<sup>1</sup>). L'un des partenaires français est financé par l'Assurance maladie, payée « à l'acte ». La Caisse d'Assurance Maladie lui a demandé de rendre compte de son travail en termes de tâches accomplies, plutôt que par rapport aux résultats convenus entre le professionnel et le patient. Cela a mis la pression sur les équipes pour accélérer leur travail, ce qui a réduit leur temps avec les patients et mis le personnel sous tension.

*Le système actuel de tarification à l'acte ne favorise pas les soins holistiques. Les infirmières doivent accélérer leurs interventions pour atteindre le seuil de rentabilité. Elles ne peuvent donc pas réaliser toutes les activités de prévention car certaines ne sont pas prises en charge par la caisse d'assurance maladie. (#RW229-229LF)*

Un autre partenaire français a estimé que le cadre politique dans lequel il travaillait constituait un obstacle. Il a précisé que leur organisme de réglementation (l'Agence régionale de santé, ARS) n'avait pas encore appuyé le modèle Buurtzorg et qu'un changement de cadre politique de la part de l'organisme de réglementation serait nécessaire pour rendre le projet durable.

<sup>1</sup> Numéro de référence dans l'annexe A.

*Notre cadre politique limite/ralentit ce processus de changement organisationnel. En effet, la pérennité de notre nouveau modèle dépendra de la validation de notre principal organisme de financement et de réglementation, l'Agence régionale de santé (ARS). (#RW47-47LPR)*

En Angleterre, l'un des partenaires a constaté que les exigences de surveillance de la Commission de la qualité des soins (CQC) ne correspondaient pas vraiment à la nouvelle façon de travailler, ayant un format fixe pour les services d'inspection et exigeant des preuves, rapports, données, etc. prédéfinis, et que la CQC « devrait s'adapter pour mieux soutenir ce modèle » (#RW175-175LPR). Il a également constaté que les administrateurs, les cadres ainsi que les attitudes et attentes propres à l'organisation n'étaient pas toujours complémentaires du modèle.

*Les administrateurs ne comprennent pas ou ne reconnaissent pas la valeur du modèle : ils se concentrent sur des solutions nouvelles et rapides plutôt que sur des solutions de fond à plus long terme. (#RW86-86CBSYC)*

*Incompréhension du modèle et de ses avantages cliniques et organisationnels bien que l'équipe de direction en reconnaisse les possibles bienfaits. (#RW109-109CBOC)*

*L'interprétation des valeurs et des visions de l'organisation par certains cadres supérieurs ne reflète pas un comportement d'adhésion au modèle. (#RW113-113CBOC)*

Ce manque d'intégration des valeurs de Buurtzorg à tous les niveaux des organisations et des systèmes a conduit à des exigences de comptes rendus lourdes et a encouragé des méthodes de travail contraires aux objectifs de Buurtzorg. Deux partenaires ont signalé qu'en Angleterre, « les exigences en matière d'assurance ne correspondent actuellement pas à ce modèle » (#RW85-85CBR). L'un d'eux a précisé :

*Les exigences en matière de rapports et d'assurance au sein du NHS sont plus lourdes qu'aux Pays-Bas et ne respectent actuellement pas le modèle Buurtzorg. En effet, il existe des exigences de rapports inutiles qui ne favorisent pas les soins ou les résultats obtenus par les patients. (#RW180-180LREP)*

*Les exigences des rapports, tant au niveau local que national, ont un impact sur le temps de traitement clinique ; nous avons pléthore de rapports et d'indicateurs clés de performance que nous sommes obligés de collecter et soumettre à nos commissaires NHS. (#RW129-129CBIT)*

Les exigences excessives de rapports ont également entravé la capacité de ce partenaire à atteindre l'objectif de Buurtzorg de consacrer 62 % de son temps à ce qui, aux Pays-Bas, serait un travail facturable – des activités ayant un impact direct sur le bien-être de particuliers – entraînant des niveaux plus élevés de travail administratif de la part des professionnels.

En tant que prestataire travaillant dans un système basé sur l'assurance privée, un partenaire français a constaté qu'une insistance excessive de l'organisation sur les objectifs financiers et insuffisante sur la qualité des soins avait des effets négatifs sur la capacité du prestataire à fonctionner en équipe épanouie.

*Au sein de l'équipe, nous nous sentons inquiets et stressés par l'argent et les revenus de notre équipe. C'est un poids psychologique : on a peur de perdre son emploi [...]. À l'heure actuelle, l'équilibre financier est le seul indicateur clé de performance que l'équipe peut utiliser pour vérifier « ce à quoi ressemble un bon résultat ». (#RW232-232CBO)*

Cela suggère que bien que la viabilité financière soit bien sûr nécessaire, les objectifs concernés n'étaient pas bien alignés sur la réalité qu'impliquent d'offrir des soins de grande qualité ou de soutenir les équipes pour qu'elles sentent que leur travail est valorisé. Élever l'un des trois objectifs de Buurtzorg (viabilité financière) au détriment des deux autres a donc été un obstacle à l'application efficace du modèle.

Dans l'ensemble, si les autorités de tarification, les organismes de contrôle et les responsables ne souscrivent pas aux objectifs de Buurtzorg, il est plus difficile pour les équipes de terrain d'atteindre ces derniers. Cela est dû aux raisons suivantes :

- a) elles sont incitées/mises sous pression pour travailler d'une manière contraire aux objectifs de Buurtzorg;
- b) faire des rapports sur la base d'indicateurs de réussite inadéquats induit une charge en termes de temps et de ressources qui nuit à la disponibilité pour les soins auprès des patients;
- c) l'obligation de se conformer à des exigences de suivi qui ne correspondent pas aux objectifs réels de la mission crée du stress pour le personnel.

## 2.b Le manque d'intégration des services à tous les niveaux

Le modèle Buurtzorg vise à répondre aux besoins des patients au fur et à mesure qu'ils se présentent, en permettant aux professionnels de développer des relations avec les personnes et de répondre à leur situation individuelle au fil de son évolution. Cela implique une certaine souplesse concernant le type de soutien apporté. Les obstacles à cette flexibilité comprenaient la dissociation entre soins de santé et services sociaux, une séparation géographique entre les services qui ne correspondait pas aux quartiers desservis par les équipes, et l'existence de règles et de systèmes distincts pour différents groupes de travailleurs.

Les partenaires ont constaté qu'un « cadre réglementaire cloisonné » (#RW90-90CBSYC), dans lequel « les soins de santé et les services sociaux sont financés séparément » (#RW81-81CBF) et réglementés indépendamment, constituait un obstacle à la réalisation de soins intégrés centrés sur la personne. La dissociation de la santé et des services sociaux pose des problèmes de budget, de réglementation et de coordination des soins. Passer de l'ancienne manière de travailler en Angleterre au modèle Buurtzorg a impliqué de travailler avec des patients accompagnés par des services financés par plusieurs modes de demande de service.

*Les patients peuvent avoir plusieurs prestataires de soins de santé, les autorités locales divisant les parcours entre plusieurs équipes et les équipes désignées à la suite du financement étant divisées entre la santé et les soins sociaux. (#RW146-146LC)*

Cela signifie également que les infirmières qualifiées pourraient vouloir ou avoir besoin de fournir des soins sociaux autant que de santé, comme le font les équipes de Buurtzorg aux Pays-Bas lorsque les patients ont besoin d'une aide clinique et personnelle. Bien que cette approche holistique présente des avantages à la fois pour les personnes recevant des soins et pour les professionnels qui les fournissent – cette approche est fondamentale dans le modèle Buurtzorg –, les écarts de salaire entre les infirmières et les auxiliaires de vie à domicile, qui se reflètent dans les budgets des différents services en Angleterre, ont eu des conséquences budgétaires négatives (#RW198-198LF).

En outre, les organisations de santé et de soins sociaux opèrent et sont réglementées séparément en Angleterre, de sorte que les travailleurs au sein des équipes sont soumis à différentes règles, par exemple pour l'administration de médicaments et d'autres activités de soins de santé. Aux Pays-Bas, les équipes de

Buurtzorg comportent des personnes ayant diverses qualifications et compétences, en particulier pour les interventions cliniques. Il est pourtant plus facile de gérer les effets d'un ensemble commun de règles sur différents membres du personnel, au sein d'une petite équipe.

En France, certaines lois constituent un obstacle supplémentaire aux soins intégrés. L'un des partenaires a indiqué que la loi empêchait l'embauche de travailleurs sociaux au sein de leurs équipes infirmières. Cela a constitué un obstacle majeur à l'intégration complète des soins.

*La loi ne nous autorise pas à embaucher d'aides-soignants [...]. C'est un obstacle à la mise en œuvre d'une vision de soins entièrement « intégrés », incluant soins sociaux et gestion de cas. (#RW236-236CBPR)*

*Des problèmes d'assurance et de réglementation ont retardé la couverture du personnel soignant pour les tâches de soins de santé, ce qui représente un obstacle au modèle Buurtzorg qui ne peut actuellement être surmonté. (#RW79-79LPR)*

Un autre obstacle aux soins intégrés et centrés sur la personne était l'organisation géographique des services, qui ne correspondait pas aux quartiers desservis par les équipes. Un partenaire travaillait dans un environnement où les administrateurs cherchaient à centraliser plutôt qu'à localiser l'organisation des soins. Le modèle n'était donc pas adapté aux priorités des autorités de tarification.

*Le modèle exige que les équipes soient situées dans les quartiers ; la demande de service vise actuellement à centraliser toutes les équipes dans les centres de santé. (# RW149-149LC)*

Ce même partenaire a constaté que l'adéquation entre la zone géographique des équipes de proximité et celle des patients du médecin généraliste améliore les relations entre les professionnels, ce qui bénéficie aux patients (#RW96-96CBSYC).

## 2.c La hiérarchie et la concurrence

Le modèle Buurtzorg consiste à dépasser la hiérarchie afin que les professionnels travaillent avec une plus grande autonomie et de plus grandes responsabilités lorsqu'ils collaborent avec leurs patients dans l'évaluation, l'accord et la satisfaction des besoins de ces derniers. Le modèle combine avec succès la responsabilité professionnelle et la responsabilité dans l'autonomie et la confiance. Introduire cette manière de travailler dans les organisations hiérarchiques ou dans les environnements concurrentiels préexistants a représenté un défi. Les partenaires ont identifié les structures hiérarchiques permanentes dans l'organisation plus large et la culture de compétition comme des obstacles à la réussite de l'application du modèle d'auto-organisation. Cela est dû aux raisons suivantes :

- ils devaient interagir et travailler au sein de systèmes hiérarchiques plus larges;
- la culture concurrentielle a fait obstacle à leur travail;
- l'imbrication organisationnelle du statut et de la compétence signifiait que les équipes n'avaient pas toujours le bon équilibre de compétences;
- l'omniprésence de pré-supposés hiérarchiques rendait difficile le développement d'une culture véritablement non hiérarchique au sein de l'équipe.

Le système hiérarchique implique souvent que ceux qui sont plus bas dans la hiérarchie soient tenus de demander l'approbation de ceux qui sont placés plus haut avant de prendre des mesures, même s'ils sont

qualifiés pour porter leur propre jugement sur la question. Malgré la mise en place d'équipes auto-organisées, de nombreux processus organisationnels ont encore été conçus sur la base de l'approbation par la direction. Cela a entraîné des retards pour les équipes lorsqu'elles essayaient de faire des choses simples.

Les partenaires anglais ont signalé une série de divers blocages administratifs qui ont causé des retards pour leurs équipes TICC en raison de systèmes rigides nécessitant l'approbation de la direction. Par exemple, pour l'un de ces partenaires, chaque équipe disposait pour son travail d'un dossier partagé en ligne. Lorsqu'un nouveau membre rejoignait l'équipe, les membres actuels de l'équipe n'avaient à l'origine pas la possibilité de donner au nouveau membre accès à ce dossier partagé (#RW62-62LICT). Cela a été résolu en donnant l'autorité requise à l'équipe. Cet exemple parmi d'autres illustre la manière dont le projet a permis d'identifier des attributions d'autorité peu optimales et d'apporter des changements pour une harmonisation plus efficace.

Un autre partenaire a constaté que les équipes n'avaient pas l'autorisation de commander leurs propres fournitures ou de régler de simples remboursements de dépenses car « les règles du NHS exigent l'approbation des supérieurs hiérarchiques pour les commandes » (# RW159-159LICT) et « les demandes de remboursement de frais kilométriques doivent être signées par un responsable » (#RW202-202LO). Dans les deux cas, les tâches de base ont été retardées et ont exigé plus de ressources en raison du manque d'autonomie accordée aux équipes.

En plus d'entraîner des charges administratives lourdes, ce manque d'autonomie représentait un défi plus fondamental pour la capacité des équipes à exploiter le modèle d'auto-organisation de manière significative. Le modèle Buurtzorg repose sur le fait de permettre au personnel clinique d'utiliser son expertise pour se prononcer sur les dépenses, dans le cadre de lignes directrices clairement convenues, afin de réduire le gaspillage et de s'assurer que l'argent soit dépensé comme il faut, et que les consommables soient disponibles et répondent aux besoins. Cependant, un partenaire participant à l'évaluation a indiqué que leurs équipes TICC travaillaient toujours dans des organisations dirigées par un supérieur hiérarchique ayant autorité sur des questions telles que la gestion budgétaire et la commande de fournitures (#RW28-28CBPR).

Paradoxalement, les processus de gestion destinés à éviter le gaspillage ont non seulement entraîné des coûts supplémentaires, mais ont également sapé la capacité des équipes à trouver les solutions les plus rentables et les plus opportunes dans leur situation. Par exemple, pour l'un des partenaires, une règle a été mise en place qui empêchait les équipes de disposer de la gamme de matériel informatique nécessaire pour accompagner au mieux les cliniciens travaillant dans différents environnements, leur travail est donc devenu plus fastidieux et moins efficace (#RW128-128CBIT). Un autre partenaire a également signalé que dans l'ensemble du projet, il y avait un manque de clarté quant aux questions sur lesquelles les équipes avaient une autonomie et celles pour lesquelles elles devaient obtenir l'approbation de leur hiérarchie (#RW38-38CBSM). L'autorité n'était donc pas définie de manière suffisamment claire ou adaptée pour permettre et soutenir l'auto-organisation dans un cadre convenu, caractéristique essentielle du modèle Buurtzorg.

Un partenaire a constaté que l'avis des équipes sur ce que constituait une charge de travail gérable pour des équipes de proximité nouvellement formées avait également été, au départ, mis de côté par de nombreuses équipes.

*De nouveaux patients référés se sont ajoutés à la charge de travail, malgré les nombreuses demandes de la part de l'équipe d'encadrement pour que cela ne se produise pas. (#RW194-194LREF)*

Il y avait donc un conflit évident entre d'un côté les exigences et la capacité du système, et de l'autre le pouvoir de décision des professionnels sur les limites de charge de travail compatibles avec une pratique sûre et une qualité de service suffisante. Bien sûr, de telles différences peuvent toujours survenir et se produisent dans n'importe quelle organisation, mais si la vision de la hiérarchie l'emporte automatiquement sur le jugement des professionnels « de terrain », le potentiel du modèle Buurtzorg pour améliorer la sûreté et la qualité est compromis.

Dans leurs groupes de discussion entre partenaires, l'un d'entre eux participant à l'évaluation a constaté que « le fait de se voir retirer des responsabilités ou de voir ses décisions rejetées est susceptible de causer de la frustration et de nuire à l'efficacité de la nouvelle méthode de soins ». (#RW36-36CBSM). Malgré cela, les cadres supérieurs ont eu du mal à permettre aux équipes d'acquiescer de l'autonomie.

*Les cadres supérieurs ayant la responsabilité globale des services appréhendent de lâcher prise. (#RW99-99CBSMT)*

*Les cadres exécutifs et administratifs s'inquiètent du transfert des fonctions à des employés plus subalternes au sein des équipes. (#RW100-100CBSMT)*

Les équipes ont également fait face à la résistance de certains de leurs pairs qui n'étaient pas enthousiastes à l'égard du nouveau mode de travail et qui, dans certains cas, voyaient les nouvelles équipes comme une forme de compétition pour leur emploi. Dans le contexte français, certains syndicats étaient également opposés au modèle. Les attitudes concurrentielles en dehors des équipes ont conduit à des obstacles quant au travail des équipes.

*Les nouvelles équipes formées dans le cadre du TICC peuvent être perçues comme remplaçant les équipes de soins infirmiers à domicile existantes. (#RW76-76CBC)*

*Les équipes de soins infirmiers « classiques » ne comprenaient pas le nouveau modèle, étaient résistantes au changement et aux changements de culture que le nouveau modèle pouvait apporter, entraînant des relations tendues et un moral crispé pour la nouvelle équipe. (#RW32-32CBPB)*

*Nous ne sommes pas autorisés à faire de la publicité, il est donc difficile de sensibiliser les professionnels de la santé. Le syndicat des infirmières estime que notre objectif est de « tuer » le système des infirmières indépendantes et refuse de communiquer sur le projet. (#RW237-237LR)*

L'omniprésence d'un système ou d'une culture de compétition a entravé la capacité des équipes à collaborer pour atteindre les objectifs de Buurtzorg. En outre, la structure hiérarchique actuelle des organisations à plus grande échelle a représenté une contrainte pour le développement d'une approche non hiérarchique du travail au sein des équipes. Cela s'est manifesté de deux manières principales.

Premièrement, lorsque certains membres de l'équipe se voyaient accorder une autorité plus importante que d'autres sur des questions pour lesquelles leurs qualifications respectives ne justifiaient pas la différence de traitement, la capacité de l'équipe à se partager la responsabilité et le développement d'une culture de l'égalité ont été compromis. Cela a été rapporté par un partenaire sur la base de conversations avec des partenaires cliniques.

*Les identifiants des systèmes ne sont pas attribués à tous, ce qui signifie que la responsabilité ne peut pas être partagée équitablement entre l'équipe et qu'il existe des signes de hiérarchie, ce qui va à l'encontre de la structure de l'équipe. (#RW123-123CBIT)*

*La hiérarchie dans les organisations de soins nuit à la mise en œuvre de la nouvelle approche ; les personnes à certains niveaux hiérarchiques devaient donner leur autorisation, les organisations se référant toujours au personnel selon leur niveau hiérarchique. (#RW71-71LPR)*

Un autre partenaire a continué à se référer au personnel en fonction de la catégorie salariale et différents niveaux d'autorité sur divers points ont été accordés sur la base de cette échelle, même si les points en question n'impliquaient pas nécessairement une différence de compétences professionnelles. Par conséquent, il a signalé que la personne qui devait prendre une décision sur le terrain n'avait parfois pas l'autorité nécessaire pour le faire, même s'il n'y avait pas de risque clinique. Comme dans un exemple précédemment cité, une fois le problème identifié, celui-ci était résolu de sorte que l'autorité soit conférée selon les besoins fonctionnels. Ce changement est susceptible de produire des avantages opérationnels au-delà de la portée du projet lui-même tout en poussant au changement culturel dans toute l'organisation.

Deuxièmement, dans le contexte d'une hiérarchie durable ailleurs dans les organisations et dans les systèmes, les travailleurs s'inquiétaient d'une perte, perçue, de leur statut, causée par une activité professionnelle non hiérarchique par rapport à ceux qui avaient des qualifications inférieures ou moins d'expérience. Une impression se dégageait également que certains types de tâches étaient des marqueurs de statut supérieur ou inférieur, et ceux qui avaient des qualifications plus élevées ou plus d'expérience étaient réticents au partage de ces tâches. Un partenaire a remarqué que c'était un problème au sein de ses nouvelles équipes et une raison pour laquelle certains membres de l'organisation n'étaient pas favorables au projet. Un autre partenaire a mené une discussion de groupe avec des collaborateurs cliniques, au cours de laquelle les collaborateurs ont déclaré que certains membres du personnel n'étaient pas disposés à travailler dans le cadre du nouveau modèle et sont donc partis.

*Les employés d'échelon supérieur au sein des équipes se sentent menacés par le modèle : sentiment d'une perte de pouvoir/contrôle et d'identité (les membres de l'équipe portent tous le même uniforme). (#RW98-98CBSMT)*

*Pour le personnel occupant un rang plus élevé, le défi consistait en fait à « lâcher prise » et à faire confiance aux autres. Pour ces membres du personnel, il n'était pas toujours évident de savoir quel serait leur rôle dans le nouveau mode de travail. (#RW41-41CBW)*

*Les employés ne sont pas très enthousiastes à l'égard des soins personnels : ils estiment que ce n'est pas leur rôle [...]. Les employés seniors n'apprécient pas que le personnel junior assume différents rôles non cliniques (admission/attribution/tournées). [...] Le personnel est réticent vis-à-vis du modèle, il veut maintenir une hiérarchie et ne veut pas se détacher de l'échelon et de son propre rôle. (#RW48-48LSM)*

*Les gens sont partis et vous devez l'accepter. Des gens qui avaient été hauts dans la hiérarchie et qui voulaient le contrôle. Nous avons perdu certains qui n'aimaient pas le modèle. (Propos d'un partenaire, réunion à Lille, mars 2022)*

Enfin, là où les organisations utilisent le statut hiérarchique comme indicateur de la compétence clinique, la suppression de la hiérarchie au sein des équipes a présenté des défis pour assurer un équilibre convenable entre les compétences de chacun. Chez Buurtzorg, où les équipes recrutent leurs propres membres, ils sont

en mesure d'assurer un bon équilibre entre les qualifications, les spécialités et l'expérience en fonction des besoins réels de leurs patients vivant dans leur quartier.

*Les changements dans la prestation de services découlant de la nécessité d'élaborer un nouveau service ont entraîné une réduction substantielle du personnel clinique senior au sein des équipes de soins infirmiers à domicile. Les cliniciens seniors se sont réorientés pour soutenir le nouveau service, ce qui réduit la capacité des infirmières à domicile à aider de manière adéquate le personnel junior à acquérir des compétences, de la confiance et bénéficier d'une supervision clinique. (#RW131-131LRR)*

Dans l'ensemble, l'établissement au sein d'une organisation hiérarchique d'une culture non hiérarchique collaborative plutôt que compétitive et valorisant l'expertise clinique était difficile. Les défis rencontrés comprenaient le temps nécessaire pour gérer les systèmes administratifs hiérarchiques, les confusions et frustrations liées au manque d'autonomie réelle, les préoccupations concernant la perte du statut hiérarchique et la difficulté d'assurer un équilibre entre les diverses compétences cliniques.

## 2.d Le travail axé sur les systèmes plutôt que sur les objectifs

L'efficacité du modèle Buurtzorg est basée, entre autres, sur le fait de permettre au personnel clinique d'évaluer ce qui est nécessaire pour une bonne prestation de soins, et de confier au personnel non clinique (le « back-office ») le soin de les aider à y parvenir. Ainsi, les systèmes administratifs sont conçus et adaptés pour permettre une plus grande efficacité des soins, plutôt que d'attendre la prestation des soins dans le cadre de systèmes administratifs rigides. Les équipes cliniques sont soutenues par un « back-office » flexible et réactif. Pour les partenaires de TICC, mettre en œuvre ce modèle au sein d'organisations dotées de systèmes administratifs rigides constituait un défi de taille.

Les partenaires ont signalé de nombreux exemples de problèmes liés aux systèmes qui étaient frustrants et entravaient leur travail au lieu de le faciliter et venir en soutien.

*Les commentaires des équipes ont mis en évidence un manque de compréhension concernant l'utilisation de divers processus et systèmes informatiques. Cela entraîne des frustrations au sein des équipes, qui perdent du temps à essayer d'utiliser le système. (#RW60-60LICT)*

*Le développement de la capacité des équipes de soins infirmiers de proximité à gérer leurs propres processus d'entretien et de sélection du personnel a échoué au départ en raison d'un manque de compréhension et de sensibilisation aux processus RH. (#RW136-136LRR)*

*Notre équipe auto-organisée établit elle-même son planning mensuel [...]. Cependant, au début, elle ne disposait pas des connaissances et compétences nécessaires pour le faire correctement. (#RW52-52LSM)*

Bien que le manque de formation à l'utilisation des systèmes informatiques soit un symptôme du problème, cette façon de formuler la question ne tient pas compte de la possibilité que les systèmes eux-mêmes soient mal adaptés à l'objectif général de fournir des soins de qualité, comme l'ont suggéré d'autres remarques des partenaires :

*Les systèmes informatiques n'ont pas été créés et installés conformément à la norme de Buurtzorg, causant des problèmes dans la saisie des données pour le personnel de première ligne. Cela rend plus difficile l'utilisation des systèmes disponibles, d'où une perte de temps et de revenus. (Un partenaire)*

*Processus pour le recrutement du personnel très bureaucratique. (#RW3-35LR)*

*Les cliniciens sont tenus d'avoir accès à plusieurs systèmes, impliquant plusieurs identifications de connexion et étant peu intuitifs pour la plupart, ce qui a un impact sur leurs capacités et leur efficacité clinique. (#RW123-123CBIT)*

*Notre équipe auto-organisée gère en partie les procédures de prise en charge [...]. Mais c'est relativement complexe et requiert un temps que les membres de notre équipe ne peuvent pas toujours prendre. (#RW48-48LSM)*

En réponse à ce défi, au moins un partenaire a complètement rationalisé et remanié ses processus de recrutement et a offert une formation au personnel assumant de nouveaux rôles, tels que l'entretien avec les candidats.

Compte tenu de son rôle dans l'accompagnement des partenaires anglais, un partenaire a estimé que le cœur du problème était que, malgré les meilleurs efforts de leurs professionnels et le soutien de leurs cadres supérieurs, les services administratifs avaient du mal à adapter leur façon de travailler aux nouvelles équipes, ce qui entravait l'application efficace du modèle.

*Le back-office ne procède pas à cette transition et ne comprend donc pas toujours comment soutenir efficacement le personnel de première ligne. (Un partenaire)*

Le personnel clinique des partenaires a également souligné ce problème, dans certains contextes.

*Manque de sensibilisation/perspicacité du back-office concernant l'impact [des systèmes] sur les équipes cliniques. (#RW112-112CBOC)*

*Notre stratégie informatique numérique n'aide pas à réduire la charge qui pèse sur le personnel clinique. (#RW118-118CBOC)*

*Nous recevons beaucoup de « vous devez faire » au lieu de « comment pouvons-nous aider ? ». (Un partenaire, réunion TICC à Lille)*

*Le changement de culture de gestion vers des équipes auto-organisées nécessite un support back-office, mais il y avait un manque de compréhension sur le soutien à apporter pour mettre en place un modèle d'auto-organisation (processus ne répondant actuellement pas aux besoins). (Voir #RW63-63CBO pour les solutions trouvées)*

Les partenaires ont signalé trois principaux problèmes causés par des processus informatiques et administratifs non alignés sur les objectifs. Premièrement, ces processus ont retardé la mise en place et le fonctionnement efficace des nouvelles équipes.

*L'exécution de notre nouveau système a été retardée car tous les processus de mise à jour/refonte du système existant ont pris plus de temps que prévu : identifier/définir nos besoins ; procédure d'appel d'offres ; concevoir la nouvelle version de notre système informatique. (#RW49-49LICT)*

Deuxièmement, la complexité des processus administratifs signifiait que les équipes de première ligne n'avaient pas toujours ce dont elles avaient besoin pour effectuer leur travail efficacement. Par exemple, chez

l'une des organisations partenaires, l'équipement des nouveaux membres du personnel en informatique et en uniformes a été lent, compliqué et bureaucratique. Le personnel commençait donc au sein de l'équipe sans l'équipement nécessaire, ce qui a retardé leur capacité à commencer à travailler correctement. (#RW215-215LR ; #RW162-162LICT)

Troisièmement, des systèmes administratifs fastidieux ont pris au personnel clinique un temps qui aurait pu être mieux utilisé avec les patients. Cette situation a été exacerbée par le fait qu'on attendait de ces équipes qu'elles soient responsables d'un plus grand nombre de tâches non cliniques que nécessaire pour l'efficacité des opérations en auto-organisation, au lieu de veiller plutôt à ce que le « back-office » soit équipé convenablement pour fournir un soutien administratif approprié et ciblé au personnel clinique.

*La gestion et la prise en charge de l'administration nécessaire à l'utilisation du système de recrutement par les équipes pilotes du projet TICC ont constitué un obstacle. Cela est chronophage et réduit le temps consacré aux patients. (Voir #RW2-18CBR pour les solutions trouvées)*

*Le personnel et les équipes étaient frustrés par la bureaucratie, notamment pour l'obtention de signatures. La paperasserie est retardée car les signatures électroniques ne sont pas toujours acceptables sur certains documents internes et peut être retardée encore davantage si plusieurs signatures sont requises. (Voir #RW82-82LO pour les solutions trouvées)*

L'un des partenaires d'évaluation a signalé que la majorité des partenaires cliniques constataient que les équipes avaient un fardeau administratif accru dans le modèle Buurtzorg (#RW23-23CBO). Cela suggère que les rôles administratifs n'étaient pas bien partagés entre les équipes et leurs « back-offices » de manière à permettre et soutenir l'auto-organisation tout en soulageant les cliniciens des tâches mieux accomplies par les autres. Comme l'a dit un chargé de projet de l'un des partenaires : « On dit que la bureaucratie inutile détruit la valeur d'innombrables façons, notamment en ralentissant la résolution des problèmes, en décourageant l'innovation et en consacrant énormément de temps à faire de la politique et "travailler le système". » (#RW226-226LO)

## 2.e Les solutions proposées

### i Le statu-quo

Dans certains cas, lorsque les partenaires ont signalé des problèmes liés à l'interaction entre le personnel de première ligne et les systèmes organisationnels, ils ont suggéré que la solution était de modifier la façon dont le personnel de première ligne interagissait avec ces systèmes. Cela tendait à mettre l'accent sur le fait de donner au personnel plus d'informations ou de formation sur la façon d'utiliser ces systèmes. Par exemple, pour faire face au problème des équipes qui ont du mal à s'y retrouver dans le système informatique et qui prennent beaucoup de temps, un partenaire a dispensé une formation au personnel.

*Les services ont mis en place des séances de formation régulières, [...] animées par un expert qui peut fournir le soutien nécessaire pour à mieux comprendre comment utiliser les systèmes. Ces séances de formation sont annoncées via notre intranet et sont ouvertes à l'ensemble du personnel. (#RW60-60LICT)*

De même, lorsque les équipes cliniques ont rencontré des difficultés avec les systèmes RH, un autre partenaire a suggéré que la solution consistait à leur fournir une formation RH (#RW52-52LSM).

Dans les deux cas, une autre approche a été trouvée pour réduire la charge portée par le personnel de première ligne. Un partenaire a simplifié le système informatique et il aurait pu réaffecter les tâches d'administration des RH vers le « back-office ». La tendance à exiger que les équipes de première ligne utilisent des systèmes administratifs et informatiques complexes est une raison pour laquelle les partenaires n'ont pas toujours réussi à appliquer le modèle Buurtzorg, et est susceptible d'être un facteur de l'une des conclusions globales du partenaire d'évaluation : certaines équipes TICC se sont retrouvées avec des charges administratives élevées.

## ii) Les contournements

Le personnel des partenaires impliqués dans le projet TICC a souvent reconnu que les systèmes administratifs bureaucratiques créaient des obstacles au travail de première ligne et que s'attendre à ce que les professionnels s'adaptent à ces systèmes n'était pas la solution car ces derniers n'étaient pas alignés sur les objectifs du projet. Cependant, le personnel n'a pas toujours le pouvoir institutionnel d'apporter des changements significatifs aux systèmes à l'origine des problèmes. Dans ces cas, les équipes ont été soutenues dans leur recherche de moyens de contourner le système problématique afin de mener l'expérience aussi efficacement que possible dans un contexte de systèmes rigides non alignés sur le modèle de Buurtzorg.

Des solutions de contournement ont parfois été utilisées dans des situations où les systèmes hiérarchiques nécessitaient l'autorisation d'un supérieur hiérarchique. Par exemple, les équipes d'un partenaire ont été confrontées à des retards causés par cette obligation pour commander des biens et des services. Les équipes ont créé une solution de contournement, mais le gestionnaire partenaire a estimé qu'une modification du système était nécessaire en vue d'une solution durable.

*Une solution de contournement est utilisée en ajoutant le courriel des collègues comme approbateur. Il faut un changement complet du système pour que les équipes aient le pouvoir de décision sur le budget et en soient titulaires. (#RW167-167LO)*

Il s'agit d'un exemple de solutions de contournement utilisées pour éviter un système qui était inutile à la prestation des soins. Des solutions de contournement (ou peut-être des solutions de désintéressement) ont également été utilisées pour atteindre les objectifs lorsque les systèmes nécessaires n'existaient pas. Un partenaire a ainsi constaté qu'il ne disposait pas d'un système de communication efficace pour faire interagir le personnel de première ligne et le « back-office ». Ils ont mis en place un moyen de communication temporaire et ont indiqué qu'un système à plus long terme devait être développé (#RW164-164LO).

## iii Les systèmes alternatifs

Lorsque les organisations avaient des systèmes incontournables, des objectifs et cultures incompatibles avec les objectifs de Buurtzorg, et que ces systèmes globaux ne pouvaient pas être modifiés par les personnes impliquées dans le projet TICC, certains partenaires se sont orientés vers l'élaboration de nouvelles méthodes de travail, en mettant en place des systèmes alternatifs et/ou en cherchant à créer leurs propres objectifs et culture, en parallèle de l'organisation « dominante ». Les partenaires anglais travaillant au sein du NHS étaient limités dans ce qu'ils pouvaient réaliser à cet égard, mais dans certains cas, ils ont construit de nouvelles façons de faire qui ont amélioré de manière significative et durable la capacité des équipes à faire fonctionner le modèle. Le chef de projet de l'un des partenaires a souligné ce point.

*Le NHS tel qu'il est actuellement organisé est excessivement complexe, sur-réglementé et génère des coûts par acte substantiels. Les efforts actuels visant à rationaliser et à simplifier l'organisation du NHS en Angleterre devraient se poursuivre et pourraient, en temps voulu, nécessiter des modifications de la législation. Il y a des problèmes importants à résoudre d'une dimension plus large encore, mais*

*afin de mettre en œuvre les principes de Buurtzorg au sein des équipes communautaires, nous nous sommes concentrés sur les aspects de la bureaucratie organisationnelle qui pesaient inutilement sur les praticiens, ralentissaient la réalisation des objectifs et utilisaient inutilement les ressources de gestion clinique et celles de l'institution. (#RW226-226LO)*

Comme vu ci-dessus, un partenaire a signalé que l'utilisation actuelle des catégories de personnel au sein du NHS et l'autorité attribuée aux différents échelons sur des questions particulières signifiaient que « la personne la plus à même de "donner l'approbation" à une décision peut ne pas y être autorisée en raison de sa catégorie salariale » (#RW71-71LPR). Il a réagi en modifiant la règle en question.

*Le document modifié se fonde sur les rôles plutôt que sur les catégories et supprime donc l'élément hiérarchique. Il réduit également certaines étapes du processus d'autorisation, réduisant ainsi le temps nécessaire à sa réalisation. (#RW71-71LPR)*

De même, un autre partenaire avait relevé un certain nombre de règles par lesquelles la bureaucratie hiérarchique créait des obstacles pour leurs équipes TICC. Il y a répondu en concevant de nouveaux systèmes pour les équipes, ce qui leur a permis de travailler sans avoir besoin de l'approbation de la direction pour une vaste gamme de tâches. À ce titre, il a œuvré pour accorder une véritable autonomie à ses équipes TICC sur une série de sujets. En d'autres termes, il a mis en place des systèmes alternatifs – parfois appelés « mid-office » ou « centre des services » – pour ses équipes, qui fonctionnent parallèlement aux systèmes hiérarchiques toujours en place dans le reste de l'organisation.

Ce partenaire a également cherché à améliorer le problème des objectifs des bailleurs de fonds non alignés sur ceux de Buurtzorg en travaillant avec les administrateurs pour les aider à saisir les avantages du modèle Buurtzorg. Bien que les administrateurs n'aient pas changé leur manière de suivre les résultats (le problème des rapports basés sur la tâche n'a donc pas été résolu), ils ont changé l'organisation géographique du financement des équipes (#RW149-149LC). Si le système d'affectation dans son ensemble était inchangé, il était toutefois plus facile pour les équipes de TICC de répondre aux exigences des administrateurs.

Les équipes françaises étaient limitées par les systèmes d'assurance et les conventions collectives mais, encore une fois, elles ont trouvé des moyens originaux de concevoir des systèmes permettant la réalisation de leur travail. Lorsqu'elles constataient qu'un système administratif donné était compliqué et que le personnel en première ligne avait du mal à l'utiliser, les équipes l'ont simplifié (#RW48-48LSM). Pendant ce temps, un autre partenaire a proposé et testé une solution aux problèmes créés par les modèles de financement basés sur les tâches imposés par les compagnies d'assurance. Il a suggéré qu'un modèle de financement à l'heure pourrait être une amélioration par rapport au modèle à la tâche, et il a négocié avec succès une période d'essai d'une telle approche pour les équipes TICC. On a ici l'exemple d'un partenaire concevant une manière alternative de travailler pour les équipes TICC distincte de l'approche adoptée ailleurs dans l'organisation.

Dans l'ensemble, lorsque le personnel des organisations partenaires n'était pas en mesure de modifier les objectifs et les systèmes globaux de ces organisations, la création de petites poches au fonctionnement différent les aidait à surmonter les obstacles associés au manque d'intégration des objectifs de Buurtzorg dans l'ensemble de l'organisation. Cela s'est matérialisé par l'élaboration d'objectifs, de systèmes et de cultures alternatifs qui ont été adoptés par les équipes TICC, leur permettant de travailler différemment du modèle dominant au sein de l'organisation.

#### **iv L'intégration complète**

Les partenaires du projet ont estimé que la solution durable ultime au problème de l'incohérence des objectifs dans l'ensemble des organisations était de rendre ces objectifs cohérents. Pour ce faire, il faut que les objectifs et les valeurs de Buurtzorg soient adoptés à tous les niveaux de l'organisation. Les systèmes seraient alors conçus dans le but spécifique d'œuvrer à la réalisation de ces objectifs, et les problèmes causés par des systèmes mal adaptés seraient résolus. Comme le TICC est un projet pilote, aucun des partenaires n'y est parvenu. Cependant, certaines des personnes impliquées dans le projet ont identifié des changements globaux qui, selon elles, permettraient au modèle Buurtzorg de réussir à grande échelle.

Un partenaire a reconnu que la réalisation des objectifs de soins de qualité et d'équipes épanouies nécessitait un cadre de travail valorisant ces objectifs. Ils collaborent avec les commissaires locaux pour discuter d'une modification de leurs exigences en matière de rapports afin d'être plus cohérents avec les objectifs de Buurtzorg plutôt qu'avec le volume de tâches effectuées (#RW85-85CBR, #RW129-129CBIT).

*La solution simple identifiée était une remontée/un dialogue permanents avec les administrateurs afin de les sensibiliser aux principes de Buurtzorg, et encourager une approche collaborative pour réaliser et communiquer des résultats plutôt que des volumes. (#RW129-129CBIT)*

Un autre partenaire a suggéré que les normes d'assurance qualité comprennent l'évaluation de la réalisation des objectifs de soins de qualité et d'équipes épanouies, ainsi que de l'objectif de rentabilité financière.

*L'équilibre financier est le seul indicateur clé de performance que l'équipe peut utiliser pour vérifier « à quoi ressemble un bon résultat ». Nous devrions mettre en œuvre des évaluations régulières de la qualité des interactions au sein de l'équipe et avec les patients, afin que les équipes se concentrent également sur ces deux aspects importants de leurs résultats. (#RW232-232CBO)*

Un partenaire s'est fait l'écho de cette nécessité d'adapter les normes de qualité pour qu'elles soient conformes aux objectifs de Buurtzorg. Ils ont tenté de négocier avec la Commission de la qualité des soins pour adapter leurs mesures d'évaluation de la qualité (#RW175-175LPR, #RW90-90CBSYC). De même, un autre partenaire a reconnu que la durabilité de la nouvelle méthode de travail dépendait de sa validation par son principal organisme de réglementation, l'Agence régionale de santé (ARS) (#RW47-47LPR). Il a travaillé avec l'ARS à ce sujet et espère que celle-ci approuvera une nouvelle politique sur la base du succès de l'expérience TICC.

Les partenaires estiment que, pour que le projet pilote devienne durable, les soins de santé et les services sociaux doivent être intégrés aux niveaux du financement et de la réglementation. En Angleterre, un partenaire a entamé des discussions avec les commissaires pour les encourager à commissioner des équipes de soins infirmiers de proximité (modèle Buurtzorg) en tant que service intégré (#RW146-146LC). Un autre partenaire a également estimé qu'il y avait une « nécessité d'évoluer vers un partage des budgets et une intégration des organisations », et a initié des réunions avec les régulateurs et les bailleurs de fonds à cette fin (#RW81-81CBF).

Un partenaire a estimé qu'un changement de culture au sein du NHS était nécessaire et que cela devait se traduire par le passage d'une gestion axée sur les politiques à un soutien aux équipes pour qu'elles opèrent dans un cadre normatif.

*Un changement de culture est nécessaire, d'une approche centrée sur les politiques à une approche centrée sur le travail d'équipe, d'une culture de management à une culture d'encadrement. (#RW174-174CBPR)*

*Traditionnellement, les approches du changement dans le NHS ont été portées par une logique de planification rationalisée, étayée par des données. Le nouveau NHS devra mettre davantage l'accent sur le lien émotionnel, car il s'agit d'une condition préalable pour appeler les gens à agir, sur la base de leurs convictions et de leurs valeurs, alors que nous passons d'un changement de type « devoir » à un changement de type « vouloir » pour faciliter la transformation, la prestation et l'intégration des soins dans la communauté. (#RW94-94CBSYC)*

Un partenaire d'évaluation a indiqué que les collaborateurs de l'ensemble du projet estimaient qu'il était nécessaire de procéder à un changement culturel global en faveur de la confiance et de l'autonomie au sein de leurs organisations, et que cela était essentiel pour une application plus large du modèle Buurtzorg.

*Pour que le nouveau modèle de soins soit mis en œuvre avec succès à plus grande échelle, les participants aux groupes de discussion ont souligné l'importance pour une organisation d'accueillir d'écouter les équipes constituées et de leur faire confiance. (#RW30-30CBPB)*

Autant que celles venant du sommet, il a été suggéré qu'une discussion ouverte et honnête impliquant les travailleurs de première ligne serait utile pour susciter un changement culturel de bas en haut.

*Discours sur les attentes des équipes nouvellement formées à partir des anciennes configurations d'équipe. [...] Nécessité de reconnaître les tensions de transformation entre les nouveaux et les anciens modèles... Encourager des conversations ouvertes et honnêtes. Soutenir la compréhension du plan de transformation dans l'ensemble de l'organisation. (#RW115-115CBOC)*

En général, les partenaires considèrent que la durabilité et l'applicabilité plus large du modèle sont étroitement liées au changement de culture au sein de leurs institutions.

## 2.f La solution de Buurtzorg : l'établissement d'un cadre

Pour surmonter le problème du manque de cohérence des objectifs à différents niveaux des organisations, deux partenaires ont recommandé que soit mis en place un nouveau cadre au sein des institutions et des organisations introduisant pour la première fois le modèle Buurtzorg. Un tel cadre est « un ensemble de normes et de règles de base » qui rendent compte d'un objectif et d'une vision partagés, ainsi que des limites de l'autonomie et des responsabilités. Les partenaires du projet ont constaté que si leurs équipes TICC étaient lancées sans cette base, cela créait un obstacle à l'application du modèle Buurtzorg. Ils ont également constaté que, pour être utile, le cadre devait être compris et soutenu dans l'ensemble de l'organisation.

Au début du projet, deux partenaires ont indiqué que les équipes ne disposaient pas d'un cadre décrivant les priorités organisationnelles attendues d'elles, et qu'un tel cadre était nécessaire pour « guider l'équipe et les personnes qu'elle aide quant aux attentes en termes de soutien et à la manière dont l'équipe travaillera collectivement pour fournir soins et soutien » (#RW54-54LO). Ils ont travaillé à l'élaboration d'un projet de cadre, avec l'aide d'un autre partenaire. L'un des partenaires a également indiqué qu'il était difficile pour l'équipe de conceptualiser les attentes avant que leur cadre n'ait été élaboré et accepté (#RW168-168CBO).

L'absence d'un tel cadre constituait également un obstacle à une compréhension partagée avec le personnel de « back-office » (#RW168-168CBO) et à l'obtention de l'appui total du conseil d'administration (#RW173-173LO). Ils ont élaboré un cadre qui a été approuvé par l'exécutif ; ce dernier a également rencontré Buurtzorg pour améliorer sa compréhension de la nouvelle façon de travailler. Cependant, le cadre ayant été rédigé en 2020,

une autre analyse était que pour qu'il serve aux équipes à atteindre leur objectif, « un changement de culture est nécessaire, d'une approche centrée sur les politiques à une approche centrée sur le travail d'équipe » et que cela nécessitait « un engagement plus large du personnel, une formation et une révision des politiques avec le soutien du personnel clé de l'organisation » (#RW174-174CBPR). Cela suggère qu'un cadre écrit ne résout pas à lui seul le problème de l'inadéquation des objectifs aux différents niveaux des organisations. Ce qu'il faut, c'est que les principes développés dans ce cadre soient adoptés et partagés culturellement à tous les niveaux de l'organisation. Ceci est conforme aux recommandations des partenaires sur l'utilisation d'un cadre qui est conçu non comme un ensemble rigide de procédures détaillées mais comme un accord écrit sur les principes et normes de base qui guident les activités de toute l'organisation.

## Chapitre 3 Les autres types d'obstacles et de défis

### 3.a Les défis généraux des soins à domicile

En plus des obstacles liés à l'application du modèle dans un environnement institutionnel qui ne soutenait pas ses valeurs et ses objectifs, les équipes TICC ont également été confrontées à des défis plus généraux liés à la prestation de soins à domicile. Ceux-ci comprenaient la réponse à la pandémie de Covid-19, le travail à distance et l'insuffisance des ressources. Les défis posés par l'insuffisance des ressources ont constitué la plus grande menace pour la durabilité globale du modèle (et, en réalité, du statu quo) et cela s'est manifesté par un nombre élevé de cas à traiter, une pénurie de personnel et un manque d'accès aux ressources matérielles.

Tous les partenaires ont connu des retards et des revers dans leurs projets en raison de la pandémie. Leurs institutions se sont tournées en priorité vers la réponse à la crise, et les défis posés par la pandémie impliquaient qu'ils devaient répondre à des besoins nouveaux et changeants dans leurs communautés, tout en faisant face à des sous-effectifs et à un manque d'accès aux fournitures essentielles.

*L'accès aux médecins généralistes et aux infirmières a été réduit pendant la pandémie, ce qui a entraîné un surcroît de travail pour les équipes devant combler ces insuffisances. Quelques équipes ont également eu besoin de se procurer des pansements auprès des pharmacies, ce qui s'est avéré difficile tout au long de la période Covid, et les longues attentes ont eu un impact sur le temps du personnel et les soins aux patients. (#RW75-75LO)*

*Pendant la pandémie de Covid-19, le personnel devait s'isoler s'il était testé positif à la Covid-19 ou s'il relevait de la catégorie des personnes à risques, ce qui a eu des conséquences sur les ressources/capacités au sein des petites équipes. (#RW207-207LW)*

La Covid-19 a aussi affecté le projet en supprimant la priorité donnée à de nouvelles initiatives, les ressources étant logiquement concentrées sur la gestion de la crise. Par exemple, avant la pandémie, l'un des partenaires avait travaillé avec l'ARS pour tenter d'aligner davantage le financement et la réglementation des soins infirmiers en France sur les objectifs de Buurtzorg. Ce travail a été suspendu en raison de la pandémie (#RW47-47LPR).

Les équipes pilotes ont également été confrontées aux défis associés au travail à distance éprouvés dans le secteur des soins à domicile et au-delà. Ceux-ci comprenaient des difficultés à gérer l'équilibre travail-vie personnelle, à assurer une bonne communication et le travail d'équipe tout en travaillant à domicile, ainsi que des problèmes d'accès à Internet.

*Avoir la possibilité d'accéder à l'information depuis chez soi rend également la frontière entre vie personnelle et vie professionnelle plus poreuse. Ils suggèrent d'utiliser un dispositif professionnel permettant de bien préserver cette distinction. (#RW18-18CBICT)*

*Maintenir le contact avec les équipes tout en travaillant à distance. (#RW65-65CBO)*

L'impact de la Covid-19 et du télétravail a conduit à l'introduction d'outils numériques pour les réunions. Cela a provoqué une diminution des pauses entre les réunions, à savoir, pour les déplacements, les pauses

confort, etc., ce qui a eu un effet négatif sur le bien-être du personnel ainsi que sur la productivité, selon certains rapports (#RW68-68CBO).

*Défis de connectivité informatique pour assurer l'uniformité d'accès du personnel clinique afin de pouvoir travailler à distance, souvent dans des zones rurales. (#RW126-126CBIT)*

Les équipes pilotes ont été confrontées au même problème d'insuffisance de ressources que celui rencontré plus largement dans les domaines de la santé et des services sociaux. Elles ont constaté qu'on attendait d'elles qu'elles prennent en charge trop de patients avec trop peu de personnel, ce qui compromettait leur capacité à appliquer efficacement le modèle Buurtzorg car, bien qu'au fil du temps le modèle puisse réduire le temps nécessaire par patient, il nécessite d'investir initialement dans l'établissement de relations.

*Augmentation du nombre de patients à traiter en tant que fournisseur unique de soins infirmiers à domicile pour la population. (#RW84-84LC)*

*Un partenaire a indiqué avoir du mal à trouver le temps d'assumer ses missions spécifiques. (#RW21-21LO)*

*Depuis de nombreuses années, notre équipe travaille en flux tendu, principalement en raison d'un manque d'effectifs pour fournir des soins de bonne qualité (10 membres de l'équipe pour 50 patients vivant dans 14 villes différentes, comme le stipule notre contrat pluriannuel avec notre Agence régionale de santé ou ARS). (#RW46-46LO)*

*Complexité accrue des besoins en santé, demande en services infirmiers de proximité, non reflétée dans l'investissement en ressources humaines. (#RW187-187LO)*

*L'équipe n'a pas été en mesure de développer un modèle d'auto-organisation en raison de l'augmentation de la demande/du nombre de visites de patients. (#RW206-206LSM)*

Le recrutement d'infirmières, d'aides-soignantes et d'auxiliaires de vie a constitué un grand défi dans les trois pays. Certains attribuent cela au faible niveau de rémunération, tandis que dans le Kent, la suppression par le gouvernement des aides à la formation a également été un facteur.

*Le taux horaire de rémunération des soins à domicile est de 21 €. Cela ne suffit pas pour un bon salaire. (#RW9-2LF)*

*Le secteur des soins souffre d'un manque d'attractivité, ce qui rend le recrutement plus difficile pour les petites organisations de soins. [...] Cela s'explique principalement par le manque de reconnaissance de la valeur de leur travail et par la faiblesse des salaires. C'était le cas avant le lancement du TICC et l'est toujours aujourd'hui. En France, la pandémie a provoqué de nouvelles inégalités entre les professionnels de santé travaillant dans les hôpitaux publics et ceux travaillant pour des associations privées à but non lucratif. Les salaires ont augmenté dans le secteur public mais ils restent les mêmes, relativement bas, dans notre secteur privé (bien que financé par des financements publics). (#RW11-24CBR)*

*Il y a un manque de disponibilité du personnel de catégorie 5 à cause de l'absence d'aides à la formation depuis trois ans. (#RW70-70CBO)*

*Le personnel ne suffit pas pour soutenir la transformation en temps voulu en raison des pénuries nationales de personnel infirmier. (#RW121-121CBOC)*

*Manque de personnel infirmier qualifié au Royaume-Uni, le recrutement a été lent dans tous les projets pilotes britanniques. Dans le Kent, le projet pilote et le modèle Buurtzorg ont suscité de l'intérêt, mais les applications ont été peu nombreuses. (#RW56-56CBR)*

*En France, nous n'avons pas assez de moyens pour payer suffisamment les infirmières et le personnel soignant. (Réunion à Lille avec un partenaire)*

Enfin, dans une organisation partenaire, il n'y avait pas suffisamment de bureaux et d'équipement pour les équipes (#RW119-119CBOC, #RW190-190LO). Cela a entraîné pour les équipes un retard dans la mise en route du projet pilote.

Les solutions proposées au problème de l'insuffisance du recrutement étaient du même type que celles concernant l'incohérence des objectifs et des valeurs. Le recours à des approches fondées sur le statu quo a parfois eu lieu. Il incombe donc aux équipes de travailler dans les limites des ressources disponibles, notamment en raison du nombre très élevé de dossiers à traiter et du manque d'effectifs. Cela risque de les empêcher d'appliquer le modèle Buurtzorg avec succès.

*Les équipes devront gérer la charge de travail sans dépasser la limite fixée, sinon cela aura un impact sur le budget du service. (#RW150-150CBCOMP)*

Les partenaires ont également élaboré des approches de systèmes alternatifs, avec notamment la modification des modes d'attribution des dossiers, l'établissement d'exigences minimales en matière d'effectifs pour les nouvelles équipes, et le renforcement des compétences du personnel non qualifié.

*« Growing our Own » : soutenir et encourager les candidats de catégorie 2 qui souhaitent suivre le programme d'apprentissage pour devenir praticien associé agréé ou infirmière agréée. (#RW139-139LRR)*

*Dans la répartition du travail, les équipes prévoient ce temps pour les entretiens de motivation. (#RW69-69LO)*

*S'assurer que les nouvelles équipes définissent progressivement leur charge de travail pendant la phase de mise en place, et que les équipes traditionnelles comprennent qu'elles doivent constituer leur charge de travail de manière plus mesurée pour pouvoir intégrer cette nouvelle méthode de travail. (#RW206-206LSM)*

*Assurer un minimum de huit équivalents temps-plein en effectifs disponibles au début de la transition. (#RW97-97CBSMT)*

Toutefois, les partenaires des deux pays étaient d'avis que la viabilité du modèle Buurtzorg reposait sur l'adéquation des ressources en matière de soins de santé et de services sociaux, ce qui équivaut à l'approche d'intégration complète décrite au chapitre 1.

*Les fonds publics doivent être consacrés au secteur du bien-vieillir et du maintien de l'autonomie. (#RW9-2LF)*

*Nécessite une reconnaissance nationale et un examen des ressources [...]. Nécessite un plan national à long terme pour venir accompagner les changements démographiques concernant la prestation des soins en dehors de l'hôpital. (#RW187-187LO)*

*L'augmentation des salaires de nos professionnels de la santé aurait un impact durable sur le nouveau modèle de soins en cours d'expérimentation. (#RW11-24CBR)*

Pour appliquer le modèle avec le maximum de succès et de durabilité, il serait nécessaire que les gouvernements assurent des ressources adéquates pour les secteurs de la santé et des services sociaux. Dans le contexte actuel, les partenaires ont pu procéder à des adaptations du système afin d'améliorer l'efficacité du projet.

### 3.b Le défi de tout changement

Certains des défis auxquels les partenaires ont été confrontés lors de l'application du modèle Buurtzorg concernent l'adaptation au changement. Ceux-ci sont étroitement liés aux problèmes d'application du modèle dans des contextes institutionnels qui ne partagent pas les objectifs et la culture Buurtzorg, certains des problèmes liés à l'adaptation étant liés à un changement d'objectifs et de culture. Cependant, certains d'entre eux étaient des « problèmes de démarrage » plus généraux liés à l'adaptation aux nouveaux systèmes et nécessitant un soutien lors de la création des nouvelles fonctions.

*Le passage au nouveau système informatique a été vécu comme difficile et éprouvant. (#RW19-19LICT)*

*Capacité du personnel à gérer la transition parallèlement aux activités habituelles. (#RW64-64CBO)*

*Niveau de soutien insuffisant pour permettre aux nouveaux membres du personnel d'acquérir confiance et compétences dans leurs fonctions. (#RW132-132LRR)*

*L'augmentation des responsabilités nécessite un certain temps d'adaptation pour s'habituer aux nouvelles méthodes de travail. Cela a entraîné une charge mentale supplémentaire au début de la mise en œuvre. (#RW37-37CBSM)*

Il y avait aussi de nouvelles compétences à acquérir pour le personnel, ce qui a pris du temps. La sélection de nouveaux collègues a révélé un manque de compétences particulières qui a pris du temps à se combler. (Ceci se distingue de l'apprentissage des systèmes administratifs des RH, sur lesquels le modèle Buurtzorg n'attendrait pas du personnel clinique qu'il passe du temps.)

*Les équipes auto-organisées prennent le temps d'apprendre par elles-mêmes. (#RW7-1CBW)*

*L'auto-organisation implique le recrutement par les pairs. Mais les membres de notre équipe n'ont pas les connaissances/compétences requises pour recruter de nouveaux membres du personnel. (#RW50-50CBR)*

*Les équipes ont tendance à recruter des collègues « jeunes et faciles à gérer ». Surtout si elles sont elles-mêmes jeunes. Elles ont tendance à recruter des personnes qui leur ressemblent, au lieu de réfléchir à leurs besoins et de rechercher les personnes avec la meilleure expérience/compétence possible. Elles semblent craindre de recruter des collègues plus expérimentées et compétentes. (#RW233-233LR)*

*Manque de connaissances et de compétences dans les équipes cliniques pour remplir les fonctions précédemment exercées par les infirmières cliniciennes en chef. (#RW108-108CBSMT)*

Pour relever ces défis, les partenaires ont recommandé de veiller à ce que suffisamment de temps et de soutien soient consacrés à la formation des nouvelles équipes pour leur permettre d'apprendre de nouvelles méthodes de travail.

*Examen du programme d'initiation et sur la base des commentaires des anciens participants : élaboration et mise en œuvre d'un programme de formation initiale approfondi de 12 semaines avec un responsable clinique pour aider au développement du préceptorat et à la supervision clinique. (#RW132-132LRR)*

*Dégager du temps pour s'adapter et offrir un soutien social afin d'accroître l'auto-efficacité. (#RW37-37CBSM)*

*Contribution élevée des coaches au démarrage, animation des réunions d'équipe, référencement du cadre ; probation de l'équipe pendant au moins 6 mois. Réduit le risque de « perte de contrôle » de l'auto-organisation, d'un non-alignement du travail des équipes avec le cadre. Investir dans le développement des fonctions avec les besoins de formation des équipes associées. (#RW108-108CBSMT)*

### 3.c Les défis du modèle lui-même

Il y avait quelques autres défis directement liés à l'utilisation du modèle Buurtzorg. Par exemple, la nécessité d'apprendre à sélectionner de nouveaux membres de l'équipe n'était pas seulement une question de formation, mais aussi une illustration des défis associés au modèle lui-même, car dans Buurtzorg, les équipes recrutent leurs propres membres. Encore une fois, dans certains cas (comme l'utilisation généralisée du statut hiérarchique au sein des équipes), cela était lié au fait que les équipes essayaient de travailler dans un cadre institutionnel non aligné sur la culture et les valeurs de Buurtzorg. Cependant, certains défis plus généraux se rapportaient au travail collectif.

Les partenaires ont constaté que leurs équipes avaient parfois du mal à communiquer en interne.

*Faire fonctionner une équipe auto-organisée nécessite une communication interne plus efficace. (#RW240-240CBSM)*

*Les membres de l'équipe n'ont jamais été habitués à une communication directe entre collègues. (#RW241-241CBW)*

Cela a été particulièrement difficile lorsqu'il s'agissait de gérer des désaccords ou de résoudre des conflits.

*Quand quelqu'un ne travaille pas comme les autres membres de l'équipe le souhaitent, il est difficile de parler et d'expliquer au nom de l'équipe. Et cela a également un impact sur les personnes aidées. [...] Formation à la communication non violente. (#RW10-25LO)*

*Le personnel a du mal à être ouvert et honnête et à avoir des discussions délicates entre membres. (#RW210-210CBO)*

*Mieux travailler en équipe pour tenir compte des différentes personnalités et aider à affecter les patients au clinicien le plus adapté. (#RW5-37LW)*

Certaines équipes ont trouvé que le partage équitable du travail était difficile. Cela incluait des situations dans lesquelles des tâches particulières exigeaient plus de travail que d'autres, ainsi que des défis concernant un partage des responsabilités et un engagement équitable au sein de l'équipe.

*Certains rôles et tâches sont considérés comme plus difficiles que d'autres. En particulier, le rôle qui consiste à élaborer le planning de l'équipe et, dans une moindre mesure, celui de trésorier sont signalés comme chronophages. (#RW22-22CBO)*

*Malgré la structure non hiérarchique, il y avait un consensus pour que les coachs restent au sein de l'équipe ; cela n'est pas souhaitable. (Discussion avec les partenaires lors de la réunion du comité de pilotage)*

*Trois partenaires ont indiqué que la répartition équitable des responsabilités et des rôles était (et reste, pour certains) un problème. Plus de rôles et de responsabilités reviennent aux personnes les plus engagées, les plus expérimentées et/ou celles qui ont le plus de qualités de leadership. (#RW42-42CBW)*

Étant donné que la compétence et l'expertise sont si souvent associées au statut hiérarchique, un autre défi consistait à trouver des moyens pour que le personnel se sente valorisé pour ses compétences et se sente soutenu pour progresser dans sa carrière.

*Questions/préoccupations en suspens au sein et à l'extérieur de l'équipe concernant le nouveau modèle de soins et les possibilités et perspectives de carrière (en particulier pour les infirmières qualifiées). (#RW35-35CBSM)*

*Employés d'échelon supérieur au sein des équipes menacés par le modèle : sentiment d'une perte de pouvoir/contrôle et d'identité (les membres de l'équipe portent tous le même uniforme) (#RW98-98CBSMT)*

*Difficulté de faire la différence entre la position hiérarchique et l'expertise clinique. (#RW212-212CBW)*

Les partenaires ont suggéré que les solutions aux problèmes de communication reposent sur une combinaison de formation, de règles tacites ou écrites fixées en équipe, de développement des relations et d'expérience.

*Pour donner accès et renforcer la formation de tous les membres de l'équipe à la méthode d'interaction axée sur les solutions, à l'inclusivité et à la tenue de conversations difficiles. (#RW105-105CBSMT)*

*Il faut du temps, des formations et des interventions de coaching pour élever le niveau de maturité de la communication. Nous apprenons par nos erreurs, ce qui peut être pénible. (#RW228-228CBSM)*

*Tous les membres de notre équipe établissent des « règles d'or de l'auto-organisation », une sorte de charte, dans laquelle ils définissent leur « ADN » ou identité, et établissent leurs propres règles décrivant comment ils vont délivrer le service de soins à domicile en tant qu'équipe. Maintenant ils se parlent, s'écoutent et participent à des séances régulières de suivi. (#RW240-240CBSM)*

*Par le biais de séances d'engagement d'équipe, les équipes sont invitées à tenir compte des forces et de la diversité que chaque membre apporte. En notant, acceptant et célébrant les différences, les membres*

*sont en mesure d'ajuster leur style de communication et leurs opinions pour parvenir à un accord. Les équipes ont adapté ces idées pour dessiner des profils personnels : qui nous sommes, quelles sont nos forces, nos faiblesses, les expériences vécues au travail et dans la vie, etc., ce qui permet de tirer parti des forces de chacun et de venir en soutien des points faibles des autres. Développer cette synergie d'équipe permet à tous les membres de contribuer pleinement à la recherche des meilleures solutions pour aider les patients. (#RW5-37LW)*

*Une recommandation d'un partenaire est de prendre le temps, au lancement du nouveau modèle de soins, de véritablement apprendre à se connaître et de fixer des règles de fonctionnement dès le départ. (#RW39-39CBSM)*

Les solutions pour résoudre la répartition inéquitable du travail et des responsabilités comprenaient la rotation des tâches et le travail en binôme.

*Les partenaires français ont constaté que la rotation des rôles et des tâches permettait de répartir la charge de travail (et de développer les compétences). Un partenaire a constaté que le travail en binôme, chacun ayant un horaire, aidait à répartir la charge de travail. (#RW22-22CBO)*

Les solutions pour aider le personnel à valoriser l'expertise clinique plutôt que le statut incluaient de travailler avec le personnel pour l'aider à comprendre les valeurs du modèle Buurtzorg et la valeur que chacun apporte à l'équipe, et de créer des occasions pour le personnel expérimenté de s'impliquer dans la mise en place de nouvelles équipes. Faute de quoi, certains membres du personnel ont cherché un nouvel emploi.

*Engagement avec le personnel sur le modèle, la valeur et les forces de chaque membre de l'équipe comme partie d'un collectif. Ne compromet pas la reconnaissance de l'expertise clinique. (#RW98-98CBSMT)*

*Changement de culture, encadrement et formation. S'inscrire dans un cadre, s'appuyer sur le coaching, et en tant qu'organisation, apprendre ce que l'on attend de l'équipe ; tout le monde sur un pied d'égalité. L'organisation doit donner le bon exemple et ne pas agir comme s'il y avait une hiérarchie. (#RW212-212CBW)*

*Les modifications apportées à l'accord initial, selon lequel la progression de carrière serait facilitée par le soutien à la création de nouvelles équipes de soins à l'avenir, ont contribué à ce que certains membres de l'équipe cherchent un autre emploi. (#RW35-35CBSM)*

*L'importance pour certains membres de l'équipe d'avoir une expérience/des compétences préalables en matière de prestation de soins à domicile dans le cadre d'un modèle d'auto-organisation a été reconnue. (#RW39-39CBSM)*

*Par le biais de séances d'engagement d'équipes, les équipes sont invitées à tenir compte des forces et de la diversité qu'elles apportent. (#RW5-37LW)*

# Chapitre 4 Le « plan directeur » pour un transfert réussi du modèle Buurtzorg

## 4.a Qu'est-ce qu'un « blueprint » ou « plan directeur » ?

L'un des principaux objectifs du projet, comme l'indique son site internet (<https://www.interreg2seas.eu/fr/ticc>), était de produire un « plan directeur pour le transfert réussi de modèles de services innovants dans le domaine de la santé et des soins sociaux d'un pays à l'autre, bénéficiant à tous les services publics et privés ».

Qu'est-ce qu'un « *blueprint* » ? Selon le *Cambridge English Dictionary*, il peut s'agir simplement « d'un plan ou d'une ébauche préliminaire qui explique comment quelque chose pourrait être réalisé ». À certaines fins, ce plan peut être très détaillé, comme l'implique le sens littéral du terme donné par le même dictionnaire : « copie d'un dessin technique qui figure des lignes blanches sur un fond bleu ». Et à des fins techniques – en gardant à l'esprit que le terme provient du domaine de la construction – il s'agit, selon le dictionnaire, d'un « plan complet qui explique comment réaliser ou développer quelque chose ».

Toutefois, le « transfert réussi de modèles de services sociaux innovants » ne peut être réalisé de la même manière que des constructeurs appliquent un plan remis par un architecte. Certes, les compétences et l'expérience des constructeurs sont aussi essentielles au résultat que la conception à laquelle ils travaillent, et à cet égard, il existe un parallèle avec la santé et les soins. Mais une différence tout aussi importante est que, contrairement à la construction d'un bâtiment pour laquelle la réussite nécessite de suivre à la lettre les détails de la conception, le succès en matière de santé et de soins dépend des praticiens professionnels eux-mêmes qui coconçoivent leurs services avec les personnes qu'ils aident, en tirant parti de leurs propres qualifications, expériences et bon sens au fil du projet. Cela s'applique à tout service centré sur l'humain et en particulier aux soins de santé et aux services sociaux, un environnement très complexe dans lequel les résultats sont le produit dynamique d'une myriade de relations de toutes sortes.

Ainsi, la quête d'un plan directeur Buurtzorg pourrait mieux commencer avec la réalité que l'organisation ayant inspiré ce projet n'a jamais, depuis sa conception autour d'une table de cuisine en 2006 jusqu'à son évolution continue quelque 17 années plus tard, fait de plan particulièrement détaillé. En outre, la principale leçon du projet TICC – comme le montre l'évaluation minutieuse des réalisations de ses participants au cours des cinq dernières années, des obstacles et défis qu'ils ont rencontrés, et des solutions qu'ils ont développées dans leurs contextes particuliers – est qu'il n'existe pas une unique manière de trouver une inspiration et d'adapter avec succès le modèle Buurtzorg à son contexte local.

Bien sûr, il est logique de prêter attention aux méthodes et aux pratiques avec lesquelles Buurtzorg opère à tous les niveaux, depuis la relation entre le professionnel et le patient, en passant par le travail d'équipe auto-organisée, jusqu'au soutien administratif (le « back office »). Il serait absurde de ne pas examiner cela en détail et apprendre comment des méthodes et des pratiques particulières contribuent à la continuité globale de la logique qui a conduit au succès ininterrompu et croissant de Buurtzorg. Cependant, l'enjeu fondamental est de comprendre les principes qui guident constamment la pratique de Buurtzorg et l'objectif qui les sous-tend, et de les appliquer de manière originale, si nécessaire avec adaptation, à ses propres objectifs et à sa situation particulière.

## 4.b Commencer par l'objectif et les principes

Public World a rendu compte de l'objectif et des principes de Buurtzorg dans la représentation suivante (figure 2), utilisée comme support lors de formations et lors du développement du projet TICC.

Figure 2 Objectif et principes de Buurtzorg

### Objectif et principes de Buurtzorg



#### Objectif

Donner aux patients les moyens de vivre leur vie avec du sens et en autonomie



#### Construire des relations fortes

Part du point de vue de la personne nécessitant une assistance et s'efforce de créer des conditions qui renforcent sa capacité d'action et ses réseaux, en favorisant l'auto-administration des soins



#### Pratique fondée sur quatre convictions concernant les valeurs humaines universelles

- Les gens veulent avoir le contrôle de leur vie le plus longtemps possible
- Les gens s'efforcent de maintenir ou d'améliorer leur qualité de vie
- Les gens recherchent l'interaction sociale
- Les gens recherchent des relations « chaleureuses » avec les autres



[www.buurgzorg.org.uk](http://www.buurgzorg.org.uk)

[f](#) [t](#) @BuurtzorgBI

© Public World Ltd 2023

#### 3 principes élémentaires

##### Répondre aux besoins

Faire ce dont le patient a besoin, et non ce dont il n'a pas besoin

##### Remettre en question

Tirer des leçons des résultats obtenus et changer en conséquence

##### Agir avec bon sens

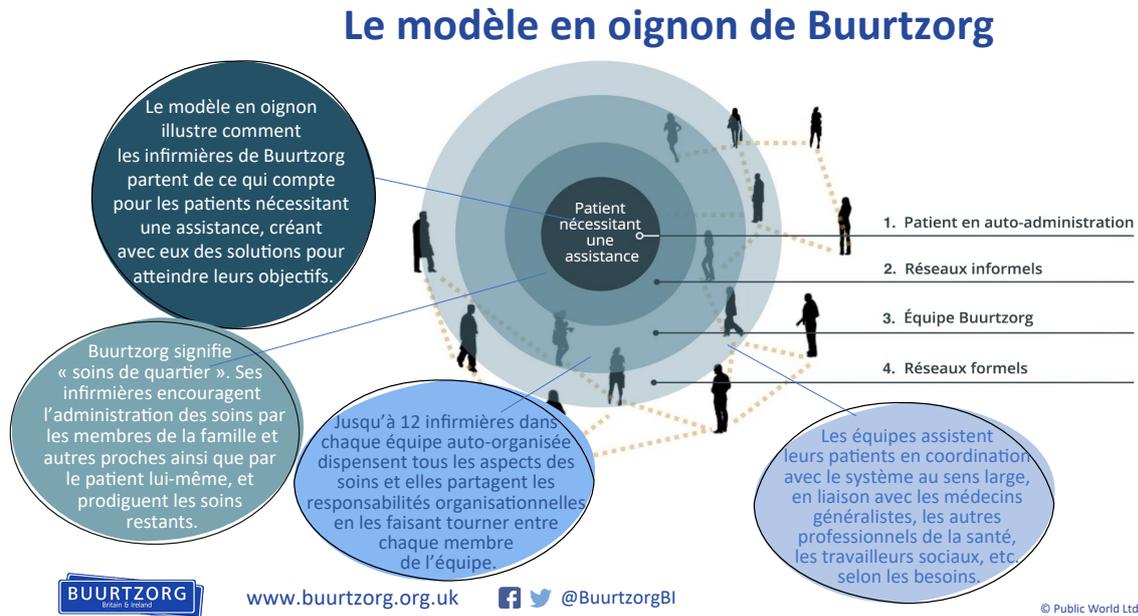
Créer et développer des solutions pratiques

Ainsi, la clarté du but et des principes est une base fondamentale pour tout plan d'application des leçons du succès de Buurtzorg à d'autres contextes. Cela ne veut pas dire qu'une application distincte de tel ou tel détail du fonctionnement de Buurtzorg – ou, en réalité, l'adaptation des pratiques de Buurtzorg faite par les partenaires du projet TICC à leur propre contexte – ne pourrait pas produire de bons résultats. En effet, pour donner un exemple, certaines organisations qui ont appris comment les équipes auto-organisées de Buurtzorg conduisaient leurs réunions ont trouvé la méthodologie précieuse pour divers types d'organisation. En outre, l'adoption de pratiques peut être un point de départ utile et une aide à la compréhension pour les organisations qui cherchent à faire des changements culturels plus larges. Néanmoins, un engagement cohérent envers les principes et objectifs fondamentaux est une base nécessaire pour les organisations souhaitant optimiser leurs résultats.

## 4.c Pourquoi l'auto-organisation est-elle importante ?

Selon les objectifs et principes de Buurtzorg, les infirmières, les aides-soignantes et les auxiliaires de vie doivent être habilités et soutenus afin de travailler avec un niveau élevé de liberté et de responsabilités. En effet, l'aide clinique et autres services apportés aux patients doivent correspondre à l'évolution des besoins de ces derniers, compris de manière dynamique par le biais de leurs relations avec les professionnels, en s'appuyant sur et contribuant en retour au renforcement de leurs propres ressources et de celles des réseaux formels et informels qui les entourent, le cas échéant. Cette approche des soins est fondamentale dans le modèle Buurtzorg et est bien illustrée par le modèle en oignon, que Public World a élaboré en l'accompagnant d'une brève explication (figure 3).

Figure 3 Le modèle en oignon de Buurtzorg



Il ressort de ce projet TICC que certains partenaires ont trouvé beaucoup plus difficile que d'autres de reproduire l'approche de Buurtzorg en matière de soins et il en va de même pour l'auto-organisation des équipes. Il y a eu des obstacles organisationnels et systémiques à sa réalisation, témoignant de la variété des contextes culturels et institutionnels dans lesquels les partenaires ont tenté d'appliquer le modèle. Leurs efforts ont produit une variété équivalente de solutions adaptées aux contextes particuliers, dont certaines ont mieux fonctionné que d'autres, montrant une fois encore que telle ou telle caractéristique du modèle Buurtzorg peut être bénéfique indépendamment d'autres caractéristiques. Cependant, personne n'a montré que les succès de l'approche de Buurtzorg en matière de soins pouvaient être réalisés de manière durable à grande échelle sans adopter en même temps son approche de l'organisation du travail en équipes auto-organisées.

Il est important de noter que le modèle s'appuie sur les ressorts que sont la motivation intrinsèque, la compétence professionnelle et les connaissances codifiées et tacites des professionnels de « de terrain ». Par conséquent, surestimer la nécessité d'apprendre à s'auto-organiser, en s'appuyant sur les méthodes utilisées par Buurtzorg, peut revenir à sous-estimer les capacités déjà existantes de ces professionnels. En même temps, dans le contexte de processus organisationnels et culturels peu fiables par le passé dans des environnements très hiérarchisés et bureaucratiques, le projet TICC a montré qu'un soutien à la formation et au développement structuré et bien conçu était essentiel.

#### 4.d L'importance d'un cadre normatif

Une variable clé a été la mesure dans laquelle les organisations et/ou les systèmes institutionnels dans lesquels elles opèrent sont disposés à faire confiance à la compétence professionnelle et à l'intégrité du personnel de « de terrain », et à s'éloigner d'une approche des soins basée sur les tâches et d'une approche de l'organisation du travail basée sur les règles. Toutefois, l'expérience montre qu'une auto-organisation réussie exige elle-même un cadre qui reflète les objectifs, les normes nécessaires et les limites à ne pas dépasser. Ces objectifs peuvent et doivent être articulés de manière aussi simple et concise que possible.

Nous avons constaté que quelques règles de base simples dans chacun des trois types d'attentes – qualité des soins, relations de travail et utilisation des ressources – suffisent et que, pour que tous les endossent réellement, elles doivent être le fruit d'un dialogue entre les dirigeants de l'organisation et les équipes auto-organisées. Lorsqu'il est trop restrictif, le cadre a tendance à reproduire certains des inconvénients des systèmes de « commandement et contrôle », mais lorsqu'il est absent, manque de clarté ou ne correspond pas à l'objectif, aux principes et aux normes auxquels l'organisation est attachée, l'auto-organisation peut échouer. Dans les deux cas, cela peut conduire à une érosion de la confiance et à un affaiblissement concomitant du modèle.

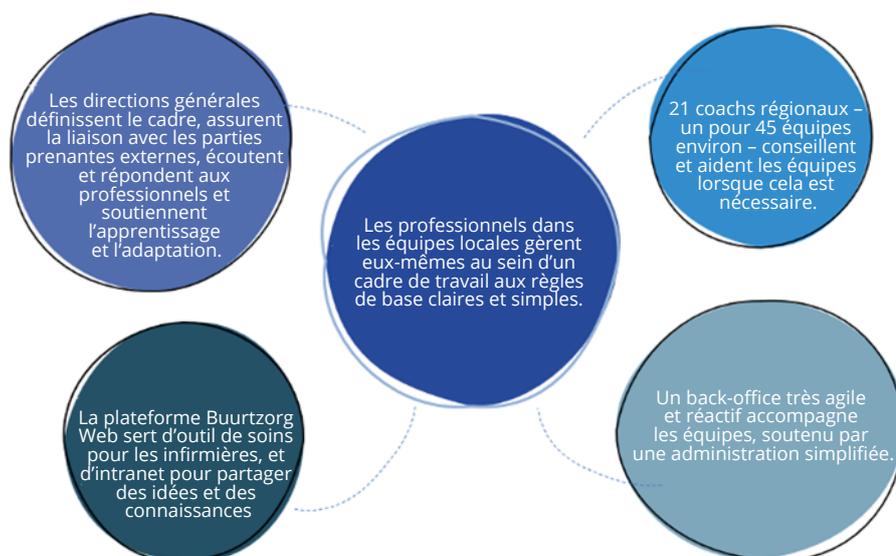
Il est donc essentiel de tirer parti avec franchise et honnêteté de l'expérience acquise en travaillant dans ce cadre. Pour cette raison, le cadre normatif doit être adopté dans un premier temps et révisé à l'occasion, par le biais d'un processus consultatif dans lequel les personnes dont le cadre régit le travail peuvent exprimer leurs opinions et les leçons tirées de leur expérience. Cependant, à tout moment entre ces révisions, il est tout aussi important que le cadre normatif soit traité avec rigueur afin que l'objectif et les normes nécessaires s'expriment systématiquement dans la pratique quotidienne. Sinon, comment cette pratique peut-elle à son tour façonner, de manière cohérente, l'apprentissage organisationnel et systémique ?

## 4.e Permettre et soutenir l'auto-organisation

Sur la base de la répartition des pouvoirs dessinée par le cadre, une autre condition du succès du modèle Buurtzorg est que les équipes soient à la fois habilitées et soutenues par leurs responsables et par les dispositifs administratifs de leur organisation. Le « back-office » de Buurtzorg fonctionne avec une culture cohérente consistant à traiter les équipes auto-organisées de l'organisation comme ses patients, de manière aussi souple, réactive et co-créative que celle avec laquelle ces mêmes équipes soutiennent et autonomisent leurs patients. Là-encore, Public World a essayé de représenter cette idée visuellement (figure 4).

Figure 4 Comment l'organisation soutient-elle les professionnels ?

### Comment l'organisation soutient-elle les professionnels?



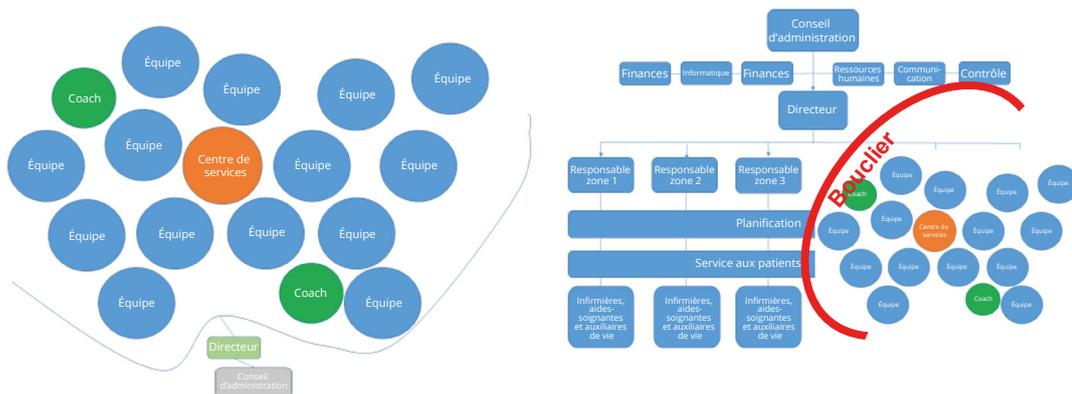
@ Public World Ltd 2021

Comme pour les facteurs de succès déjà évoqués, le projet a démontré l'importance de simplifier les processus, d'éliminer les obstacles et de fournir le soutien nécessaire à la réussite de l'auto-organisation. La capacité des partenaires du projet à mettre en place de tels arrangements a été variable. Un défi constant pour les organisations déjà existantes – par opposition à celles qui, comme Buurtzorg, ont commencé à travailler de cette manière en tant que start-ups – a été de « moderniser » la culture interne, les mentalités et les structures d'organisations conçues ou ayant évolué avec une structure hiérarchique. La réussite des organisations semble être fortement corrélée à la réussite des équipes elles-mêmes, et sans s'atteler à ce défi efficacement, le modèle ne peut s'appliquer à l'échelle d'une organisation.

Mais comment fournir de tels soutiens dans le cadre de dispositifs de gouvernance et de gestion conçus pour des relations hiérarchiques et qui sont encore responsables d'un statu quo et d'exigences distinctes de la nouvelle forme organisationnelle ? Ici, le rôle potentiel d'un « mid-office » ou « centre des services », comme mentionné précédemment parmi les solutions de « systèmes alternatifs » expérimentées par un partenaire, peut être important et efficace. Le « mid-office » fournit un point de liaison et de médiation entre les équipes auto-organisées et l'appareil administratif de leur organisation, permettant à chacun d'avoir un point de contact unique lors de la négociation de leurs besoins et de leurs désirs respectifs. Il a également le potentiel d'être une forme embryonnaire de nouvelles dispositions administratives pour l'ensemble de l'organisation, dans le cas où l'organisation choisirait de passer de « systèmes alternatifs » à « intégration complète », comme évoqué au chapitre 2, et il peut également, pendant la transition, agir comme une sorte de « bouclier thermique ». Public World a représenté visuellement un tel dispositif (figure 5).

Figure 5 « Organigramme » figurant un centre des services en appui des équipes auto-organisées et sa place au sein d'une organisation hiérarchique pendant la transition

## « Organigramme » figurant un centre des services en appui des équipes auto-organisées et sa place au sein d'une organisation hiérarchique pendant la transition



© Public World Ltd 2023

### 4.f Du changement organisationnel au changement systémique

Enfin, même les organisations les plus fortement déterminées à changer leurs organisations pour ressembler autant que possible à Buurtzorg ont été confrontées à des contraintes externes de types divers qui, comme l'ont montré les chapitres 2 et 3, ont été un facteur majeur de la variabilité des succès. Les partenaires ont constaté que leur application de tous les aspects du modèle Buurtzorg a été limitée par des facteurs juridiques

et réglementaires, et par des arrangements systémiques concernant le financement et la structuration des services de santé et de soins, ainsi que la façon dont les subventions publiques étaient distribuées.

Buurtzorg a commencé avec des contraintes similaires, dont certaines existent encore aujourd'hui, mais a mis en évidence l'importance de tirer parti de manière originale de tout l'espace systémique disponible pour construire et démontrer le potentiel d'une nouvelle approche. Ce faisant, il a été en mesure – grâce à la pratique, à l'évaluation et à l'apprentissage par l'expérience – d'influencer l'environnement politique néerlandais plus large de manière à permettre à son modèle de fonctionner plus efficacement. En combinant l'effet de démonstration de son propre succès avec le plaidoyer sur les raisons de ce succès, et la nécessité pour les parties prenantes du système au sens large – gouvernement, régulateurs, autorités de tarification, etc. – de créer un environnement plus favorable à la durabilité et à la croissance du modèle, Buurtzorg a de plus en plus contribué au changement du système.

Les organisations qui souhaitent imiter son succès peuvent apprendre autant de cette approche que de la façon dont Buurtzorg a réussi malgré des obstacles et des défis institutionnels et politiques similaires à ceux rencontrés dans le cadre du projet TICC. L'enjeu n'est pas de réduire notre ambition en raison de contraintes organisationnelles et systémiques, mais d'utiliser au maximum l'espace à l'intérieur de ces contraintes pour démontrer à l'environnement institutionnel les avantages d'une réforme.

Pour les décideurs politiques, le défi à cet égard est peut-être de partir du bon endroit, de remodeler leurs systèmes en prenant d'abord en compte les besoins des personnes pour qui ces systèmes sont problématiques, plutôt que d'exiger de ces personnes qu'elles s'intègrent dans des systèmes dépassés et inadaptés. Comme l'a dit le fondateur de Buurtzorg, Jos de Blok, en s'appuyant sur une décennie d'expérience internationale découlant du succès de son organisation : « Nous avons commencé à travailler avec différents pays et nous avons découvert que les problèmes étaient les mêmes : le message, à chaque fois, est de repartir du point de vue du patient et de simplifier les systèmes. »

# Annexe A Tableau des obstacles et des défis, pages indépendantes

**Code :** RW2-18CBR

**Thème :** Processus de recrutement

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

## Description de l'obstacle et/ou du défi :

La gestion et la prise en charge de l'administration nécessaire à l'utilisation du système de recrutement par les équipes pilotes du TICC ont constitué un obstacle. Cela est chronophage et réduit le temps consacré aux patients.

## Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :

Le problème a été soulevé auprès du sous-groupe chargé des défis et des obstacles et il a été décidé de le transmettre à l'équipe de direction en tant que problème concernant l'ensemble du *trust*.

Au début de la pandémie, certains processus ont été rationalisés, y compris le recrutement, ce qui a renforcé le besoin de changement.

Le processus de recrutement est en cours de révision par l'équipe qui gère le personnel. Le sous-groupe chargé des défis et les obstacles ainsi que les collaborateurs travailleront avec des groupes de discussion pour s'assurer que les changements répondent aux besoins et soient durables.

Une partie de la solution consistera à automatiser le processus à l'aide d'un « bot » : l'information pourra être saisie une seule fois, puis transmise à plusieurs systèmes. Ainsi, dès qu'une nouvelle personne sera recrutée, ses identifiants informatiques (concernant plusieurs systèmes), ses identifiants de sécurité pour l'accès au bâtiment, son badge d'identification, etc. seront générés, ce qui permettra de gagner du temps au *front-* et au *back-office*.

## Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :

N/A

**Code :** RW3-35LR

**Thème :** Processus de recrutement

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

### Description de l'obstacle et/ou du défi :

Processus de recrutement du personnel très bureaucratiques. Les mêmes informations devaient être saisies dans deux systèmes : le système local « TRAC » et le système national. Ces derniers n'étaient pas automatiquement liés, ce qui signifie qu'il nous fallait deux fois plus de temps pour publier une annonce de poste. Le système local était assez compliqué et peu intuitif, ce qui a conduit à de nombreuses erreurs et a donc encore davantage ralenti le processus.

### Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :

- L'équipe informatique du back-office a développé un « bot » afin d'automatiser la liaison entre les deux systèmes.
- Ainsi, l'équipe ou la personne qui recrute ne doit indiquer les détails de l'annonce que dans un seul système.
- Toutes les données sont ensuite récupérées, partagées et codées dans les bons champs des deux bases de données.

### Résultat :

- Cela a permis de réduire de plus de moitié le temps de traitement et de libérer les équipes pour qu'elles puissent passer davantage de temps avec les patients ou sur d'autres domaines plus importants.
- Réduction des erreurs entre les deux systèmes.
- Diminution des frustrations du personnel.
- Division par deux du temps du processus de candidature/recrutement.

### Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :

Solution développée en interne par les services du département informatique, reliant le système de formulaire générique « TopDesk » à d'autres systèmes. L'équipe informatique cherche actuellement d'autres processus à simplifier via cette approche.

**Code :** RW4-36LW

**Thème :** Développement professionnel continu

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

### Description de l'obstacle et/ou du défi :

Pendant le Covid, les équipes n'ont pas pu poursuivre leur développement professionnel continu (DPC) en raison de l'augmentation de la charge de travail que la pandémie a engendrée.

### Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :

#### Solution :

- Réintroduire le *shadowing* afin que les équipes puissent maintenir leurs compétences à jour et poursuivre leur parcours de DPC.
- Instaurer des visites conjointes pour partager des compétences.
- Partager des articles de recherche et des informations par le biais de réunions régulières sur les meilleures pratiques et de réunions individuelles.
- Le *trust* a continué à soutenir la participation aux réunions « Action Learning Sets » (apprentissage par l'action) pour que les membres du personnel apprennent les uns des autres collectivement et abordent les problèmes concrets dans une perspective axée sur le coaching et la recherche de solutions.

#### Résultats :

- Le personnel est motivé à poursuivre son développement personnel.
- Le personnel reste impliqué.
- Le personnel est encouragé à développer sa curiosité professionnelle.
- Les « Action Learning Sets » favorisent la résolution de problèmes, la résilience et le développement d'une communauté de preneurs de décision.

### Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :

**Code :** RW5-37LW

**Thème :** Ressources humaines

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

### Description de l'obstacle et/ou du défi :

Travailler au sein d'une équipe comprenant diverses personnalités, différentes nationalités et une variété de compétences.

### Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :

- Identifier le personnel clinique le plus adapté pour offrir au patient la meilleure interaction et les meilleurs soins en respectant les différences culturelles.
- Par le biais de séances d'engagement d'équipe, les équipes sont invitées à tenir compte des forces et de la diversité qu'elles apportent.
- En notant, acceptant et célébrant les différences, les membres sont en mesure d'ajuster leur style de communication et leurs opinions pour parvenir à un accord. Les équipes ont adapté ces idées pour dessiner des profils personnels : qui nous sommes, quelles sont nos forces, nos faiblesses, les expériences vécues au travail et dans la vie, etc., ce qui permet de tirer parti des forces de chacun et de venir en soutien des points faibles des autres. Prendre le temps de cette réflexion au sein d'une équipe et permettre aux équipes de présenter et partager leurs atouts, leurs compétences et leurs différences aident les membres à comprendre les besoins de chacun et comment travailler ensemble pour obtenir les meilleurs résultats.

### Résultats :

- Se concentre sur la façon dont on pourrait utiliser au mieux nos forces pour soutenir les patients.
- Augmente la confiance et la sécurité psychologique au sein d'une équipe.
- Améliore l'acceptation et la compréhension.
- Se concentre sur les besoins individuels et collectifs.
- Améliore la communication sur les performances et la qualité.
- Encourage à donner tout son potentiel au travail.
- Encourage à prendre la parole et à s'exprimer ; oser exprimer son désaccord.
- Se concentre sur l'objectif de l'équipe.
- En portant attention à cette synergie d'équipe, cela permet à tous les membres de l'équipe de contribuer pleinement à la recherche des meilleures solutions pour aider les patients.
- Renforce l'engagement pour une meilleure prise en charge des patients.

### Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :

## Modèle de solutions

**Code :** RW6-1LF

**Thème :** Financement

**Pays d'origine/Contexte :** France

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Non

### Description de l'obstacle et/ou du défi :

Avec la crise sanitaire, des dispositifs de soutien ont été pris en faveur des professionnels des soins et du secteur associatif ; toutefois, les entreprises privées qui appliquent le principe des équipes auto-organisées ont été lésées.

### Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :

Nous avons mené une action de lobbying auprès des députés et des responsables politiques.

### Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :

Le lobbying du secteur de la santé est beaucoup plus efficace que celui du secteur de l'aide à domicile.

27/09/2022 - Aucune mesure n'a été prise pour consolider le secteur de l'aide à domicile.

Les annonces de l'État se concentrent sur les maisons de retraite et les hôpitaux.

## Modèle de solutions

**Code :** RW7-1CBW

**Thème :** Ressources humaines

**Pays d'origine/Contexte :** France

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

### Description de l'obstacle et/ou du défi :

Les équipes auto-organisées prennent le temps d'apprendre par elles-mêmes. Bien que nous ayons payé ce temps de travail au nom de l'organisation, nous n'avons pas été en mesure de le facturer.

### Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :

Nous avons demandé à plusieurs reprises à des partenaires financiers comme le Conseil général de financer la formation d'équipes autoorganisées.

### Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :

La décision prise serait un engagement à long terme. En mai 2019, le Conseil général du Nord a confirmé qu'il pourrait y avoir une réévaluation de la façon dont les paiements sont effectués pour les travailleurs à domicile et il s'intéresse à la façon dont il peut effectuer des paiements pour différents types de temps comme celui de formation.

29/09/2022 – Il n'y a pas eu d'autres changements à ce sujet.

**Code :** RW8-2LW

**Thème :** Ressources humaines

**Pays d'origine/Contexte :** France

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Non

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

VIVAT travaille depuis maintenant 3 ans en équipes auto-organisées et il est difficile d'améliorer la santé des employés. Le taux de maladie est toujours problématique et rejoint les défis rencontrés avant la réorganisation en équipes auto-organisées.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous devons faire appel aux caisses de retraite et aux compagnies d'assurance et mutuelles privées pour former le personnel à prendre soin de sa propre santé.

Nous devons également faciliter l'accès à des financements supplémentaires. Fournir des compétences (travailleurs sociaux, ergothérapeutes...).

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

La préparation d'un dossier de financement auprès des acteurs de la santé des salariés en France est compliquée et prend du temps. De plus, les modes de financement en fin d'action n'attirent pas les structures d'aide à domicile.

29/09/2022 – La caisse de retraite de la région a refusé d'identifier l'auto-organisation des équipes comme valeur ajoutée sur le plan de la qualité de vie au travail. Elle ne financera aucune action visant à renforcer ce modèle et les moyens nécessaires à sa mise en œuvre.

**Code :** RW9-2LF  
**Thème :** Financement

**Pays d'origine/Contexte :** France

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Non

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Le taux horaire de rémunération des soins à domicile est de 21 €. Cela ne suffit pas pour un bon salaire, la digitalisation et la formation.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Essayer de fixer des prix plus élevés ou de trouver des subventions comme le TICC.

Les subventions publiques doivent être consacrées au secteur du bien-vieillir et du maintien de l'autonomie. Les démarches visant à lutter contre le travail non déclaré dans l'emploi à domicile doivent être tangibles et efficaces. Il s'agit de concurrence illégale.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Le financement public français ne prend pas en compte la dépendance dans les mêmes proportions que ses voisins européens.

En avril 2022, le gouvernement français mettra en place la déduction fiscale à la source, associée au recours à l'aide à domicile.

29/09/2022 – Dans le département du Nord, la politique sociale vise à limiter le coût des services pour les personnes les plus pauvres. Par conséquent, le département fixe les prix des entreprises d'aide à domicile. Le niveau d'encadrement ne permet pas aux structures de vivre de façon rentable.

**Code :** RW10-25LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** France

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Nous avons rencontré des problèmes de communication au sein de l'équipe. De nombreux conflits existent dans les équipes du fait de l'absence de hiérarchie dans leur organisation.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous avons constaté que la formation au métier de soignant ne comprend pas la découverte et la maîtrise d'un mode de communication adapté au travail en équipe.

Les professionnels ne sont pas suffisamment formés pour exprimer ce qu'ils ressentent dans l'organisation de leur travail ou dans leurs relations avec leurs collègues.

Deux axes de formation sont mis en place au sein de notre organisation : la sensibilisation aux techniques de communication non violente de Marshall Rosenberg et l'utilisation intensive de la méthode SDMI développée par Buurtzorg.

La formation est maintenant déployée dans toutes les équipes car elle a donné de bons résultats.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW11-24CBR  
**Thème :** Processus de recrutement

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Le secteur des soins souffre d'un manque d'attractivité, ce qui rend le recrutement plus difficile pour les petites organisations de soins. En raison de la pandémie, nous avons plus de difficultés à recruter de nouveaux membres ; bien que la rotation de notre personnel ait diminué, nous constatons encore quelques postes vacants.

Cela s'explique principalement par le manque de reconnaissance de la valeur de leur travail et par la faiblesse des salaires. C'était le cas avant le lancement du TICC et l'est toujours aujourd'hui.

En France, la pandémie a provoqué de nouvelles inégalités entre les professionnels de santé travaillant dans les hôpitaux publics et ceux travaillant pour des associations privées à but non lucratif. Les salaires ont augmenté dans le secteur public mais ils restent les mêmes, relativement bas, dans notre secteur privé (bien que financé par des financements publics).

Il est de plus en plus difficile de trouver de nouveaux travailleurs à domicile, même avec l'introduction du travail en équipes auto-organisées.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Un de nos partenaires a rejoint le projet TICC en pensant que l'adoption du modèle Buurtzorg pourrait rendre le métier plus attractif pour nos travailleurs actuels et futurs. C'est bien le cas puisque la plupart des membres actuels ont expliqué qu'ils étaient heureux et fiers de tester ce nouveau modèle. Cependant, l'auto-organisation et une plus grande autonomie impliquent également le développement de compétences, ce qui devrait conduire à un salaire plus élevé. Cette même organisation partenaire dénonce désormais cette nouvelle iniquité et s'est engagée à promouvoir des salaires plus élevés pour ses professionnels de santé (via l'obtention de la revalorisation salariale « Ségur » et de la prime « Grand âge » pour tous les soignants, et non seulement ceux des hôpitaux publics).

Cette mission est plus plaisante. Il nous faut communiquer davantage sur les effets positifs d'une auto-organisation des équipes.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Nous devons travailler sur des campagnes de communication positive et changer l'image de la profession en promouvant l'attention à soi et le relationnel au sein de la profession. L'augmentation des salaires de nos professionnels de santé aurait un impact durable sur le nouveau modèle de soins en cours d'expérimentation.

L'équipe Buurtzorg et les sessions de formation des coaches (en anglais avec l'aide d'un interprète) + les sessions Skype (en français) sont très utiles pour notre équipe de professionnels de la santé. Nous devons continuer à les former et nous espérons que cela contribuera/aidera à garder nos professionnels de la santé au sein de notre organisation.

Un partenaire s'est joint à un réseau d'organisations de soins privés pour signer une déclaration commune formulant des recommandations dans laquelle nous dénonçons la baisse des salaires des professionnels de la santé. Nous ferons grève contre ces injustices le 30/11/2022.

**Code :** RW12-1CBE

**Thème :** Évaluation

**Pays d'origine/Contexte :** France

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Tout au long du projet, il nous a été difficile de trouver des groupes de contrôle pour l'évaluation.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Certains partenaires ont trouvé des groupes de contrôle adéquats. Pour d'autres, seul un contrôle pour le personnel a été trouvé.

En conséquence, certains ajustements ont été apportés au protocole, avec une attention accrue à l'analyse de l'évolution des indicateurs.

Pour les partenaires français, un deuxième protocole d'évaluation basé sur la base de données de la santé publique a été soumis aux autorités et est en cours. De plus, la partie qualitative de l'évaluation sera plus développée que celle prévue initialement.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Cependant, ce n'est qu'une partie de la solution pour permettre une évaluation correcte sur certains aspects (le protocole français spécifique, les groupes de contrôle partiels). Pour certains partenaires, aucune solution n'a été trouvée.

**Code :** RW13-2CBE  
**Thème :** Évaluation

**Pays d'origine/Contexte :** Tous  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Il a été difficile d'obtenir un retour d'information de la part des partenaires de prestation, ce qui a entraîné des difficultés dans les protocoles de recherche.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

En raison de ces difficultés, plusieurs ajustements ont été apportés au protocole afin de faciliter le processus de collecte des données.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Des discussions particulières avec les partenaires du projet ont été nécessaires afin de mieux comprendre les difficultés.

Le protocole final contient moins de questionnaires et prend moins de temps à remplir.

Les problèmes de communication entre un si grand nombre de partenaires, venant de divers domaines et de divers pays, avec des difficultés administratives hétérogènes, doivent être bien anticipés.

**Code :** RW14-3CBE  
**Thème :** Évaluation

**Pays d'origine/Contexte :** Tous  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Non

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

La collecte des données (inclusion de nouveaux patients) est lente, et le nombre de réponses final est plus bas que prévu. La pandémie de Covid-19 a aggravé la situation.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

La communication sur la nécessité de collecter des données a été faite tout au long du projet, le protocole a été modifié pour alléger la charge des équipes.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Les chiffres pour nos données sont encore faibles.

En outre, certains questionnaires prévus n'ont pas été transmis aux patients, de sorte que le risque est que la conclusion pour certains indicateurs ne soit pas disponible.

**Code :** RW15-12CBW  
**Thème :** Ressources humaines

**Pays d'origine/Contexte :** Divers  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### Description de l'obstacle et/ou du défi :

Travailler à la manière de Buurtzorg ne convient peut-être pas à tout le monde. Cela s'accompagne de plus de responsabilités que les soins standard et tout le monde n'a pas les compétences requises ou la volonté de les assumer.

### Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :

- Des coachs doivent travailler avec les équipes, les rassurer et les soutenir dans leur développement vers l'autonomie. Cela va impliquer la mise en place de périodes d'examen avec les coachs.
- Accroître l'autonomie.
- Il doit y avoir des cadres de responsabilité bien définis et une procédure de remontée des problèmes claire en cas de besoin, afin que les membres de l'équipe ne se sentent pas abandonnés ou isolés.
- Nous devons revoir et mettre à jour le système de délégation, revoir et détailler qui peut faire quoi et quand, revoir si des contraintes doivent être mises en place conformément au cadre.
- Informer les équipes et les organisations sur le développement du projet, partager les points positifs concernant la création de la nouvelle équipe et la nouvelle façon de travailler.
- Encourager les membres de l'équipe à partager leurs propres expériences de travail selon la nouvelle méthode.
- Comprendre que tout le monde ne voudra pas travailler selon le nouveau modèle et que le personnel peut partir si cela ne lui convient pas et qu'il préfère travailler avec les structures hiérarchiques auxquelles il est habitué.
- Discussions sur l'objectif : les coachs passent du temps avec les équipes pour réfléchir à leur objectif et s'assurer qu'elles comprennent que le changement de rôle est conforme à cet objectif.
- Identifier avec le personnel les obstacles et les défis auxquels il est confronté, afin de pouvoir les aborder avec les responsables du back-office ou de la direction.
- Dynamisme d'équipe : les équipes traditionnelles travaillent avec le référent/la direction et le changement vers l'auto-organisation signifie qu'elles doivent travailler ensemble et discuter. On doit donc soutenir leur passage à la communication de groupe comme mode de résolution des problèmes. Les temps de socialisation aident à nouer des relations.

### Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :

Nous avons créé une matrice de compétences et de connaissances par rôle afin d'identifier quels sont les domaines qui pourront avoir besoin d'une formation supplémentaire, comme le recrutement. Comment traiter les questions de RH informelles, comment donner des ordres.

**Code :** RW16-16LW  
**Thème :** Ressources humaines

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Inconnu

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

En France, on constate que de plus en plus de soignants sont des travailleurs indépendants.

Cela pourrait potentiellement constituer une menace pour la formation d'équipes soudées (TICC) se concentrant sur les mêmes buts et objectifs (à long terme).

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Aucune solution n'a encore été trouvée.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW17-17LF  
**Thème :** Financement

**Pays d'origine/Contexte :** Belgique  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

En Belgique, les législations relatives à la facturation des petites entreprises de soins rendent le décollage financier du projet difficile.

Il se peut que l'évaluation ne permette pas d'identifier un besoin suffisamment important pour mettre en place un ensemble de mesures et c'est donc à la famille de fournir ou trouver des solutions.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Dans certaines circonstances, les équipes de santé peuvent apporter leur aide pendant une courte période afin de préparer les personnes à leur retour au domicile.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Il s'agit d'un défi systémique qui permet au professionnel de prendre la décision qui lui semble la plus appropriée. Le financement doit prendre en compte l'approche holistique de l'ensemble des services. Nous avons remarqué qu'il y a moins de clarté dans les définitions de ce qui relève de la santé et de ce qui relève de l'aide sociale, tout en reconnaissant que les deux font un peu de chaque. Il y a de la bonne intention dans les deux cas.

Nous devons nous efforcer de privilégier l'humain. Supprimer la tâche et le temps et penser à ce qui est le mieux pour l'individu.

Les délégués doivent mieux comprendre les défis du personnel et ce que le personnel peut faire pour être proactif et réactif.

**Code :** RW18-18CBICT  
**Thème :** TIC

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Avoir la possibilité d'accéder à des informations depuis chez soi rend aussi la frontière entre vie personnelle et vie professionnelle plus poreuse.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Avoir un dispositif de travail permettant de bien préserver cette distinction.

Il existe le rôle nouvellement développé de « surveillant de la vitalité », que nous allons examiner.

Définir les attentes et aider le personnel à comprendre qu'il peut se déconnecter et quelles personnes contacter en cas de problème.

En outre, il est important d'élaborer des accords d'équipe afin d'établir la manière dont les membres de l'équipe communiqueront entre eux pendant et en dehors du service.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Les dispositifs de travail sont excellents si l'organisation ne bloque pas les outils utilisés par le personnel. Par exemple, nous avons dû surmonter de nombreux obstacles pour avoir accès à Eurostar/Booking.com. Cela ne démontre pas une grande confiance.

**Code :** RW19-19CBICT  
**Thème :** TIC

**Pays d'origine/Contexte :** Tous  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Le passage au nouveau système informatique a été vécu comme difficile et éprouvant.

Des changements informatiques ont eu lieu simultanément au processus, sans lui être liés, et il y a eu des moments de coupure.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Discuter et déterminer les besoins et les possibilités du système lui-même et fournir un soutien à l'utilisation du système si nécessaire.

L'accès doit être organisé pour tous les employés afin de s'assurer qu'il est conforme aux besoins du rôle.

Formation

Processus d'intégration/formation initiale

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Il est nécessaire de revoir à nouveau le dispositif informatique pour évaluer son fonctionnement maintenant que le programme de changement est plus avancé. Il s'agit d'un processus d'apprentissage continu sur le service qu'apporte l'informatique au professionnel et au patient, mais aussi sur la place qu'occupe le *reporting*.

La dynamique est en train de changer : lorsque quelqu'un demande des données, l'organisation peut rejeter cette demande si elle n'est pas utile au patient ou au professionnel.

Nous discutons avec notre Conseil des soins intégrés des indicateurs clés de performance et de ce qui est nécessaire ou non pour obtenir de meilleurs résultats dans les soins prodigués aux patients. S'il s'agit seulement de rassurer quelqu'un plus haut placé dans la hiérarchie, est-ce vraiment nécessaire ?

Une partie de ce problème ne sera pas permanente car il s'agissait d'un cas isolé.

En raison de la pandémie mondiale, nous n'avons pas pu organiser de formation en présentiel et les processus traditionnels de déploiement ont été rendus plus difficiles.

**Code :** RW20-20LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** Belgique  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Un inconvénient possible de l'amélioration de la communication et des échanges au sein de l'équipe a été signalé par l'un de nos partenaires belges lors du premier groupe de discussion : la communication avec les autres équipes s'est avérée plus difficile car l'autre équipe n'était pas impliquée dans la prise de décision (et donc parfois en désaccord) et la rédaction des rapports des réunions pouvait prendre plusieurs jours.

Dans certains cas, une aide a été nécessaire et nous avons travaillé ensemble avec des équipes traditionnelles et de nouvelles équipes, ainsi qu'avec des équipes de différents réseaux de soins primaires.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

On a constaté qu'il était nécessaire d'organiser des réunions d'équipe conjointes au sein d'un réseau de soins primaires afin qu'elles puissent partager leurs expériences et connaissances et faire partie d'un ensemble plus vaste.

Cela pourrait également favoriser la résolution de problème, l'aide des coachs et le partage des meilleures pratiques.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Le problème s'est atténué au fur et à mesure que nous avançons dans le changement, et que les membres d'équipe apprennent à se connaître et à savoir comment ils travaillaient.

Il s'agit d'un aspect dont un responsable aurait pu assumer le contrôle dans le cadre de l'approche traditionnelle, mais les équipes en voient les avantages, comme le partage croisé des compétences.

**Code :** RW21-21LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** Belgique  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

L'un de nos partenaires belges a indiqué avoir particulièrement du mal à trouver le temps d'assumer ses missions spécifiques car le temps planifié était souvent interrompu par des imprévus.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

C'est la nature du travail, mais le développement de l'équipe devrait permettre aux membres de s'exprimer en toute sécurité lorsque la charge devient trop élevée.

Le rôle est moins défini en ce qui concerne le moment où les choses doivent être faites. Le patient avant tout.

Ces problèmes sont également vus comme des problèmes de démarrage du nouveau modèle ; cela devient plus facile à mesure que les gens s'habituent à ce qu'il faut faire.

La communauté pourrait être plus flexible dans les horaires des tâches que pour certains autres paramètres.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW22-22CBO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** Belgique/France  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Certains rôles et tâches sont considérés comme plus difficiles que d'autres. En particulier, le rôle qui consiste à élaborer le planning de l'équipe et, dans une moindre mesure, celui de trésorier sont signalés comme chronophages.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Les équipes de Buurtzorg ont l'habitude de faire alterner les rôles et les tâches, ce qui permet de répartir la charge de travail (et de développer les compétences).

Certains partenaires ont travaillé en binôme et chacun ayant un horaire, cela aidait à répartir la charge de travail.

Certaines des tâches de certains rôles ont nécessité plus de formation que d'autres.

Pour certains, il était préférable de décomposer ces rôles en tâches et de les répartir.

Il s'agit d'apprendre à connaître la tâche.

Laisser les équipes choisir la rotation des tâches en fonction du développement de la hiérarchie ou du défi supposés, et faire appel au coach en cas de besoin.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Le système de délégation a été revu en conséquence. Le département informatique doit autoriser l'accès en fonction de qui a besoin d'accéder à quoi.

Voici les questions posées par les partenaires : la tâche est-elle suffisamment moindre/importante pour être réalisée, sinon qui peut la soutenir ? Plus le groupe est petit, plus il a besoin du soutien d'autres ressources.

**Code :** RW23-23CBO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** Tous  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

La majorité des équipes, dans tous les pays, signalent la charge administrative liée au travail dans le cadre du nouveau modèle de soins.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Certains partenaires ont renvoyé une partie de l'administration au back-office parce que cela n'avait pas de sens que les équipes s'en chargent.

Cependant, ces questions se sont résolues d'elles-mêmes au fur et à mesure qu'on avançait. Il s'agissait de déterminer ce qui n'avait pas besoin d'être fait, si c'était au bon endroit, si cela pouvait être facilité, et de réécrire les processus pour tenir compte de tout cela.

Il s'agit de déterminer progressivement ce qu'il faut faire et où.

L'évaluation des risques doit être réexaminée.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW24-24CBO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** Tous  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Cette nouvelle approche risque d'être perçue comme trop intrusive et tous les patients ne sont pas ouverts à un travail sur une plus grande auto-organisation et sur leur autonomisation.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il peut être nécessaire de s'adapter à la mentalité de certains, surtout s'ils sont habitués à un autre type de soins.

Réfléchir à la manière et au moment de communiquer la nouvelle approche à toutes les parties prenantes, y compris les patients et leurs familles.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW25-25CBO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** Tous  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Une ou plusieurs équipes ont affirmé qu'elles n'étaient pas satisfaites du lieu de base de l'équipe (bureau).

Le choix initial du lieu de base par le *trust* (une petite pièce sans fenêtre au rez-de-chaussée d'un centre communautaire local) a été signalé par l'équipe comme n'étant pas adéquat ou approprié à ses besoins (par exemple, espace insuffisant pour entreposer, manque d'intimité/risques concernant la confidentialité avec les patients en raison de l'accès public).

Une autre équipe a temporairement déménagé vers un nouveau local en raison de la Covid-19 et a vécu cette expérience de manière positive.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

L'emplacement du lieu de base de l'équipe doit être déterminé en collaboration avec l'équipe ou uniquement par elle.

La base doit être située à proximité/à l'intérieur de la zone de service. Il y a eu des retours positifs concernant la base de l'équipe installée dans le cabinet du médecin généraliste pour améliorer/faciliter la collaboration.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW26-26CBO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** France/Royaume-Uni

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Nous avons besoin de meilleures méthodes de communication pour que les nouvelles équipes puissent interagir.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Pour au moins trois équipes en France et au Royaume-Uni, des services de communication numérique ont été utilisés afin de faciliter l'interaction (par exemple, WhatsApp, Messenger, Slack).

Les équipes ont ainsi pu choisir le moyen de communication qui leur convenait le mieux.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW27-27CBO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les nouveaux niveaux de communication peuvent être un défi pour les équipes.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

La tenue de réunions en présentiel avec l'équipe est très appréciée par toutes les équipes et s'avère importante pour partager des informations sur les patients, échanger des idées, fournir un retour d'information et établir et maintenir des relations personnelles (au sein de l'équipe et avec le coach).

Selon l'un de nos partenaires français, les réunions d'équipe ont également permis de discuter de l'évolution du service, et éventuellement de réajuster le nouveau modèle en cours de route.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW28-28CBPR  
**Thème :** Politique et réglementation

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les équipes ont constaté que travailler en tant qu'équipe auto-organisée est un défi lorsque le reste de l'organisation travaille toujours de manière hiérarchique.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

En général, les différentes équipes travaillent encore avec un responsable hiérarchique (sur le papier). Par exemple, gérer un budget ou commander des fournitures. Cela semble diminuer au fur et à mesure que la confiance augmente. Chaque partenaire doit trouver ses propres solutions au processus.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW29-29CBPB

**Thème :** Organismes professionnels

**Pays d'origine/Contexte :** France

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

L'engagement avec d'autres services de santé a été lent à s'établir au départ. Cela a été imputé à un manque de sensibilisation à l'existence et aux attributions de la nouvelle équipe de santé.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Dans certains quartiers, l'engagement professionnel en dehors de l'équipe s'est amélioré à la suite d'une sensibilisation accrue qui a été mise en œuvre par le biais de diverses situations de communication entre les parties prenantes, notamment des événements.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW30-30COPB  
**Thème :** Organismes professionnels

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Pour les partenaires français, il a été noté qu'il n'y avait pas de soutien continu pendant la mise en place des équipes TICC.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Pour que le nouveau modèle de soins soit mis en œuvre avec succès à plus grande échelle, les participants aux groupes de discussion ont souligné l'importance pour une organisation d'accueil d'écouter les équipes constituées et de leur faire confiance.

Il faut établir de la clarté dans les futurs plans et responsabilités de l'équipe.

Dans ce projet, l'élément de communication est considérablement plus important que ne le pensaient la plupart des partenaires.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW31-31CBPB  
**Thème :** Organismes professionnels

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Suite à leur participation à ce projet pilote, les participants ont indiqué avoir reçu des réactions généralement négatives de la part de collègues fournissant des services de santé standard au sein de l'organisation.

Il a également été admis que la participation à la promotion plus large du projet a probablement contribué à la réaction négative de certains membres du personnel au sein des équipes de santé standard.

Les professionnels de l'équipe TICC ont l'impression, en raison de certaines réactions négatives de la part de personnes ayant un rang (ou un profil éducatif) plus élevé, qu'ils vont perdre leur statut.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Dans certains quartiers, l'engagement professionnel en dehors de l'équipe s'est amélioré suite à une meilleure sensibilisation.

Une fois de plus, nous soulignons que la communication, non seulement au début mais tout au long du processus, est essentielle au déploiement du système.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW32-32CBPB  
**Thème :** Organismes professionnels

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Lorsque d'autres disciplines ne comprennent pas vraiment ce qu'est le modèle Buurtzorg, cela peut nuire à la collaboration et avoir un impact sur le moral du personnel.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il est donc important d'assurer la liaison et la communication avec les parties prenantes avant et pendant la mise en œuvre d'une nouvelle méthode de travail.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW33-33CBR  
**Thème :** Recrutement

**Pays d'origine/Contexte :** Tous  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

De nombreuses équipes ont constaté que les responsabilités supplémentaires dans le cadre du nouveau modèle de soins pourraient constituer un obstacle au recrutement.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous le reconnaissons également pour en garder trace, mais il s'agissait de la phase initiale de mise en œuvre et c'est moins un problème maintenant que nous sommes plus avancés dans le processus.

Cependant, ce problème se maintient pour un certain nombre d'équipes lorsqu'elles sont habituées à travailler avec la hiérarchie et à ne pas avoir besoin de réaliser certains des autres aspects de l'approche.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Il est donc important d'offrir le maximum de formation possible.

**Code :** RW34-34CBRE  
**Thème :** Patients référés

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Au Royaume-Uni, notre charge de travail est déterminée par les patients envoyés par le médecin généraliste. Par exemple, les médecins généralistes faisaient couramment des renvois redondants, envoyant à la fois à la nouvelle équipe de santé et aux équipes d'infirmières de district qui avaient travaillé indépendamment les unes des autres dans la localité.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Dans certains quartiers, l'engagement professionnel en dehors de l'équipe s'est amélioré suite à une meilleure sensibilisation.

La communication avec le médecin généraliste doit être accessible. Par exemple, une équipe a eu une expérience positive en contactant par téléphone plutôt que par e-mail.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW35-35CBSM  
**Thème :** Auto-organisation

**Pays d'origine/Contexte :** Tous  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

La question du parcours et du développement de carrière a été soulevée par le personnel.

Questions/préoccupations en suspens au sein et à l'extérieur de l'équipe concernant le nouveau modèle de soins et les possibilités et perspectives de carrière (en particulier pour les infirmières qualifiées).

La clarification de ce point a été considérée comme importante pour le recrutement du personnel et son maintien.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Les modifications apportées à l'accord initial, selon lequel l'évolution de carrière serait facilitée par le soutien à la création de nouvelles équipes de soins à l'avenir, ont contribué à ce que certains membres de l'équipe cherchent un autre emploi.

L'évolution de carrière passe également par des formations spécialisées que les équipes peuvent demander ou organiser elles-mêmes.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW36-36CBSM  
**Thème :** Auto-organisation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Le fait de se voir retirer des responsabilités ou de voir ses décisions rejetées est susceptible de provoquer de la frustration et de nuire à l'efficacité de la nouvelle méthode de soins.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Le fait de placer le lieu de base de l'équipe à proximité des locaux d'un médecin généraliste ou d'autres disciplines peut favoriser l'établissement de relations.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW37-37CBSM  
**Thème :** Auto-organisation

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

L'augmentation des responsabilités nécessite un certain temps d'adaptation pour s'habituer aux nouvelles méthodes de travail. Cela a entraîné une charge mentale supplémentaire au début de la mise en œuvre.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il est important, lors de la planification, de dégager du temps pour s'adapter et offrir un soutien social afin d'accroître l'auto-efficacité. Nous devons préciser qu'il s'agit d'une expérience courante dans le processus d'adaptation, pas d'une conséquence qui perdurera.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Il peut être à nouveau utile de communiquer sur les réussites et de trouver des moyens de partager les expériences.

**Code :** RW38-38CBSM  
**Thème :** Auto-organisation

**Pays d'origine/Contexte :** Tous  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

On ne sait toujours pas où se situent les limites de l'auto-organisation, quelles sont les décisions qui pourront être prises par l'équipe et celles qui relèvent des niveaux supérieurs.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il est crucial de clarifier les tâches et les responsabilités en utilisant au mieux le cadre de travail, en soutenant les équipes avec des coachs qui aident à la prise de décision en parallèle avec celui-ci. Si des changements sont apportés, il faut s'assurer qu'ils sont bien transmis à toutes les équipes.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW39-39CBSM  
**Thème :** Auto-organisation

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Apprendre et s'adapter à la nouvelle méthode de travail (Buurtzorg).

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Les participants ont affirmé qu'il était plus facile pour une petite et nouvelle équipe de commencer à suivre le nouveau modèle, que pour une équipe plus grande et traditionnelle.

L'importance pour certains membres de l'équipe d'avoir une expérience/des compétences préalables en matière de prestation de soins à domicile dans le cadre d'un modèle d'auto-organisation a été reconnue.

Une recommandation de l'un de nos partenaires français est de prendre le temps, au lancement du nouveau modèle de soins, de véritablement apprendre à se connaître et de fixer des règles de fonctionnement dès le départ par le biais d'accords d'équipe.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW40-40CBSM  
**Thème :** Auto-organisation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les participants ont exprimé leur déception quant à la divergence par rapport à leur compréhension du plan initial, qui prévoyait la migration du personnel vers d'autres nouvelles équipes dans le cadre du plus large déploiement du modèle dans l'ensemble du *trust*.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il est important de prendre d'abord de bonnes décisions, puis de communiquer et de consulter les équipes si des changements doivent avoir lieu, surtout lorsque ceux-ci affectent un élément important pour leur propre progression de carrière.

Ne présumez pas savoir ce qui est important.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW41-41CBW  
**Thème :** Ressources humaines

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

L'un de nos partenaires français a indiqué que pour le personnel occupant un rang élevé, le défi consistait en fait à « lâcher prise » et à faire confiance aux autres. Pour ces membres du personnel, il n'était pas toujours évident de savoir quel serait leur rôle dans le nouveau mode de travail.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Aucune solution n'a encore été listée.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Nous suggérons de réfléchir à la manière dont les membres du personnel occupant un rang supérieur pourraient apporter leur contribution grâce à leurs compétences supplémentaires, par exemple en proposant des formations aux autres.

**Code :** RW42-42CBW  
**Thème :** Ressources humaines

**Pays d'origine/Contexte :** Tous  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Lors de la deuxième série de réunions de groupes de discussion, trois partenaires ont mentionné que la répartition équitable des responsabilités et des rôles était (et reste pour certains) un problème. Plus de rôles et de responsabilités reviennent aux personnes les plus engagées, les plus expérimentées et/ou celles qui ont le plus de qualités de leadership.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Les équipes de Buurtzorg veillent à une rotation équitable des rôles pour de nombreuses raisons, telles que l'équité de la charge de travail. La mise à niveau des membres de l'équipe constitue également un autre avantage de cette approche.

**Code :** RW43-43CBW  
**Thème :** Ressources humaines

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Un engagement accru peut potentiellement augmenter la charge de travail.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Aucune solution n'a encore été listée.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW44-44CBW  
**Thème :** Ressources humaines

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les professionnels des équipes TICC ne savent pas toujours ce qui est possible et financièrement autorisé.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il est donc indispensable de clarifier les tâches et les responsabilités et de continuer à communiquer avec les équipes et entre elles.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW45-45CBO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** Tous  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### Description de l'obstacle et/ou du défi :

Le modèle Buurtzorg implique que notre équipe de professionnels de la santé passe d'un modèle d'organisation très hiérarchique à un modèle plus horizontal, qui inclut de plus grandes responsabilités pour chaque membre de l'équipe. Ce changement organisationnel prend du temps.

### Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :

Nous pouvons désormais considérer que ce changement d'organisation est achevé parce que nos professionnels de la santé/membres de l'équipe font preuve d'une plus grande autonomie dans leur travail quotidien (cette transformation est mise en évidence dans ce film dans lequel nos membres de l'équipe expliquent comment TICC a changé leur façon de travailler).

Ce changement a été possible grâce à plusieurs éléments en particulier :

- le programme de formation comprenant des sessions de visite d'étude (*touchbase*) avec Buurtzorg, la formation Public World, ainsi que le soutien et accompagnement par les pairs assurés par d'autres partenaires TICC vivant le même changement en France, en Belgique et au Royaume-Uni ;
- directeur des soins infirmiers, qui agit désormais en tant que coach (par exemple, en utilisant la méthode SDMI, etc.). Notre responsable a également été formé par Buurtzorg ;
- le livre *Self-management. How it does work* est également très utile au quotidien et/ou pendant le processus d'intégration des nouveaux membres du personnel/de l'équipe.

### Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :

**Code :** RW46-46LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

La mise en œuvre de ce nouveau modèle organisationnel devrait nous permettre d'augmenter le temps consacré à la prestation de soins à nos patients. Cependant, depuis de nombreuses années, notre équipe travaille en flux tendu, principalement en raison d'un manque d'effectif pour fournir des soins de bonne qualité (10 membres de l'équipe pour 50 patients vivant dans 14 villes différentes, comme le stipule notre contrat pluriannuel avec notre Agence régionale de santé ou ARS).

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Promouvoir un service de soins à domicile « basé sur la communauté ». Cela ne pourrait se faire qu'en faisant des recommandations à l'Agence régionale de santé (ARS) sur la base des réalisations et succès mis en évidence par Buurtzorg aux Pays-Bas.

La probabilité de réussite est très faible mais nous pouvons utiliser l'expérience TICC comme l'occasion de sensibiliser l'ARS et d'apporter des changements.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Effectuer un travail plus « communautaire », comme le fait Buurtzorg aux Pays-Bas.

Ce point en particulier sera soulevé lors de notre dernière réunion TICC avec l'ARS pour le premier semestre 2022.

**Code :** RW47-47LPR  
**Thème :** Politique et réglementation

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

En rejoignant le projet TICC, l'équipe de l'une des organisations françaises a pris la décision de transformer sa façon de fournir des soins. Cependant, notre cadre politique limite/ralentit ce processus de changement organisationnel.

En effet, la pérennité de notre nouveau modèle dépendra de la validation de notre principal organisme de financement et de réglementation, l'Agence régionale de santé (ARS).

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Le WP2 a défini plusieurs livrables/activités qui permettent aux partenaires du projet d'engager la discussion avec nos partenaires institutionnels : une table ronde politique a ainsi été organisée à Lomme et un groupe de pilotage stratégique local entre La Vie Active et l'ARS s'est formé. Nous avons reçu des commentaires positifs de l'ARS mais une dernière réunion doit être organisée afin de confirmer la durabilité de notre nouveau modèle.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Aujourd'hui, nos soignants sont très satisfaits du nouveau modèle et, en montrant les résultats de l'expérience TICC dans notre équipe, nous avons de bonnes raisons de croire que l'ARS approuvera notre ambition de poursuivre avec ce modèle après la fin du projet TICC.

Ce projet a été retardé à cause de la Covid-19. Nous travaillons maintenant à la préparation de notre dernière réunion TICC avec l'ARS pour le premier semestre 2022.

**Code :** RW48-48LSM  
**Thème :** Auto-organisation

**Pays d'origine/Contexte :** France

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Notre équipe auto-organisée gère en partie les procédures de prise en charge (toujours sous la supervision de notre directeur des soins infirmiers agissant en tant que coach). Mais c'est relativement complexe et requiert un temps que les membres de notre équipe ne peuvent pas toujours prendre.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Une solution consiste à simplifier la procédure d'admission en mettant à jour/remodelant notre système existant. Le membre de l'équipe a encore parfois besoin du soutien de la secrétaire/du back-office et du coach. C'est donc en cours.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Pour l'un des partenaires français, le service de soins à domicile a organisé une nouvelle réunion d'équipe sur cette question spécifique de « procédure de prise en charge ».

**Code :** RW49-49LICT  
**Thème :** TIC

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

L'exécution de notre nouveau système a été retardée car tous les processus de mise à jour/refonte du système existant ont pris plus de temps que prévu. Au niveau de l'organisation, nous avons dû :

- identifier/définir nos besoins ;
- préparer le cahier des charges et lancer la procédure d'appel d'offres ;
- donner du temps au prestataire de services externe choisi pour concevoir la nouvelle version de notre système informatique ;
- former nos professionnels de la santé à utiliser ce nouveau système ;
- les équiper de smartphones et de tablettes ;
- par ailleurs, changer de personnel interne entre septembre 2018 et fin décembre 2019 (embauche d'un nouveau chef de projet UE).

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

À partir de janvier 2019, nous avons travaillé dur pour rattraper notre retard :

- notre fournisseur de services informatiques a été sélectionné début mars ;
- le nouveau système a été instauré en mai ;
- nos professionnels de la santé ont été formés à utiliser le nouveau système et chaque membre de l'équipe a été doté d'un smartphone et d'une tablette en juin.

Depuis, le déploiement du nouveau système s'est déroulé sans heurts car il est supervisé par notre spécialiste informatique interne et un membre du personnel de back-office : la secrétaire de notre service de soins à domicile pour les personnes âgées participant au projet a été formée afin d'aider les nouveaux membres du personnel à utiliser notre système.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW50-50CBR  
**Thème :** Recrutement

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

L'auto-organisation implique le recrutement par les pairs. Mais les membres de notre équipe n'ont pas les connaissances/compétences requises pour recruter de nouveaux membres du personnel.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Continuer à promouvoir ces emplois, notamment grâce à notre « nouvelle méthode » de travail (c'est-à-dire des équipes auto-organisées), qui pourrait attirer de nouveaux employés. Organiser des formations internes de base en RH pour les membres de l'équipe.

Depuis que les membres de notre équipe ont commencé à recruter eux-mêmes leurs nouveaux collègues, notre coach a remarqué que l'équipe était plus stable (moins de rotation). Ils sont responsables de la publication de l'offre d'emploi, de la collecte des candidatures et de la conduite des entretiens d'embauche. Tout n'est pas parfait, mais ce n'est jamais le cas lorsqu'on parle de recrutement.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Date de clôture : 27/09/2021

**Code :** RW51-51LSM  
**Thème :** Auto-organisation

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Notre équipe auto-organisée évalue et gère en partie les coûts/dépenses externes pour des services de soins spécifiques (toujours sous la supervision de notre directeur des soins infirmiers agissant en tant que coach). Cependant, nous signalons régulièrement des erreurs car il est nécessaire d'avoir des connaissances/de l'expérience pour gérer cela, principalement en raison de fausses déclarations faites par les patients et leurs familles au service d'assurance.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Améliorer la communication entre les membres de l'équipe/sensibiliser les patients et leurs familles à leurs obligations envers le système d'assurance.

Il s'avère que ce problème ne sera jamais totalement résolu. Cependant, nos soignants de terrain et notre secrétariat/back-office ont trouvé un moyen de gérer ces scénarios, notamment grâce à une plus grande sensibilisation et anticipation et à une meilleure communication avec notre secrétariat/back-office.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW52-52LSM  
**Thème :** Auto-organisation

**Pays d'origine/Contexte :** France

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Notre équipe auto-organisée établit elle-même son planning mensuel (toujours sous la supervision de notre coordinateur des soins infirmiers agissant en tant que coach). Cependant, au début, elle ne disposait pas des connaissances et des compétences nécessaires pour le faire correctement.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Organiser des formations internes de base en matière de ressources humaines pour les membres de l'équipe (notamment en ce qui concerne les accords sur les heures annualisées ou mensuelles).

Bien qu'il n'ait pas été possible d'organiser une formation RH formelle, les membres de l'équipe se sont plutôt adaptés en suivant une « formation pratique ». Bien sûr, il y a eu des erreurs importantes qui ont dû être corrigées par nos coachs au début, mais ces derniers confirment aujourd'hui que les membres réalisent la tâche correctement et de manière indépendante.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW53-53LW  
**Thème :** Ressources humaines

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Non

### **Description de l'obstacle et/ou du défi**

Employeurs multiples pour l'équipe pilote intégrée : les membres de l'équipe sont répartis par organisation patronale et auront donc différentes organisations et personnes à contacter en cas de problèmes de gestion des ressources humaines et de paiement des salaires.

Assurance pour les auxiliaires de vie : dans le cadre de ce projet, nous avons étudié la possibilité d'avoir des rôles mixtes au sein de l'équipe, les auxiliaires de vie pouvant effectuer des tâches minimales liées à la santé ainsi que les soins sociaux, libérant ainsi le temps de l'infirmière et soutenant le développement.

L'assurance est devenue un facteur de blocage car les aides à domicile devaient être employées par l'organisation de santé pour effectuer des tâches liées à la santé. Comme nous ne pouvions pas payer de partenaire à partenaire, l'approche de rôle mixte n'a pas fait partie du projet pilote.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats**

Un contrat formel a été rédigé et signé par l'un des partenaires et le prestataire privé de soins à domicile auprès duquel ils ont engagé les auxiliaires de vie. En attendant que le contrat soit prêt, une lettre d'accord est en place.

Recherche sur les assurances achevée et rapport rédigé.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Cela n'a pas été une solution et ne fonctionne pas à l'heure actuelle.

Nous pensons qu'il est possible de réexaminer cette question au fur et à mesure que les Partenariats de soins intégrés sont introduits, sont mis en place et prennent le contrôle de leurs propres budgets.

**Code :** RW54-54LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi**

Cadre de travail : l'équipe ne dispose actuellement pas d'un cadre ; celui-ci est en cours de rédaction. Les équipes ont besoin d'un cadre pour les aider à travailler en auto-organisation, détaillant les rôles et les responsabilités, la manière dont le service répondra aux besoins des patients qu'ils assistent et les responsabilités envers leur employeur.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats**

Une ébauche de cadre a été rédigée, un retour d'information supplémentaire doit être demandé au Public ainsi que des modèles pour favoriser l'établissement d'un cadre adéquat.

Suite aux réactions, un projet de cadre de travail est maintenant en cours.

Les cadres de travail permettent de guider l'équipe et les personnes qu'elle aide quant aux attentes en matière de soutien et à la manière dont l'équipe travaillera collectivement pour fournir soins et soutien.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Il est utile, voire important, que la conception du cadre soit réalisée avant que les équipes ne commencent à travailler.

**Code :** RW55-55LPR  
**Thème :** Politique et réglementation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### Description de l'obstacle et/ou du défi

Délégation et soutien de l'administration des médicaments : dans le secteur de la santé, les infirmières agréées peuvent administrer des médicaments, tandis que dans le secteur des soins sociaux, les travailleurs sociaux peuvent inciter à prendre des médicaments ou les administrer s'ils ont suivi une formation appropriée.

### Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats

L'administration des médicaments est devenue une responsabilité commune au sein de l'équipe, les agents de soins à domicile sont tenus de suivre le cours « Handling Medicines Safely » avant de pouvoir commencer à administrer des médicaments, une supervision par observation continue et un cadre de compétences complété pour les soutenir dans cette tâche.

L'administration des médicaments est une tâche relevant de la santé. Cependant, les soins à domicile et le soutien communautaire incluent aussi l'assistance à l'administration de médicaments. Les autorités locales ne commanderaient pas l'aide à la médication seule, mais au sein de notre équipe pilote, nous avons permis que cela fasse partie du soutien car notre modèle est compatible avec la flexibilité de cette approche.

Il y a moins de risques concernant la délégation de responsabilité en matière de médication car il y a une plus grande cohésion au sein de l'équipe, une supervision/surveillance et les équipes connaissent leur groupe de patients suffisamment bien pour appréhender les effets des médicaments.

### Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :

**Code :** RW56-56CBR  
**Thème :** Recrutement

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Manque de personnel infirmier qualifié au Royaume-Uni, le recrutement a été lent dans tous les projets pilotes britanniques. Dans le Kent, le projet pilote et le modèle Buurtzorg ont suscité de l'intérêt, mais les applications ont été peu nombreuses.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous avons employé des travailleurs de catégorie 4 et essayons de former des infirmières, un programme sera nécessaire auprès des universités. Nous surveillons le personnel actuel en apprentissage.

Nous avons mené des campagnes sur les réseaux sociaux et réalisé des documents imprimés. Nous avons essayé de communiquer les postes vacants via les médias sociaux ainsi qu'en discutant avec des candidats potentiels pour les informer du projet et en rencontrant des prestataires privés.

Parmi les autres solutions proposées, citons les campagnes de recrutement, l'examen de l'intégration des services existants/leur remodelage, le fait de viser les personnes ayant récemment quitté l'entreprise/le retour au travail, les mesures incitatives, le recrutement basé sur la valeur.

Après avoir utilisé le système de recrutement traditionnel de l'organisation et fait appel aux réseaux sociaux, nous avons testé la promotion par le bouche-à-oreille à travers nos réseaux et un court formulaire de candidature en ligne d'une page afin de réduire le délai entre l'annonce et l'entretien. Nous avons également adopté le recours à une session d'information informelle en groupe plutôt qu'à un entretien formel.

Cette approche nous permet d'être plus créatifs pour attirer de nouveaux membres de l'équipe

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Tant que le programme n'est pas connu par l'université, les options sont limitées. Grand intérêt pour les programmes d'infirmières et d'infirmières auxiliaires (TNA) diplômées, développement du personnel. Le recrutement a été régulier et nous avons recruté tous les mois à chaque session d'entretiens. Le programme TNA est actif et soutenu par le service.

Nous voyons maintenant des personnes qui postulent pour faire partie du nouveau modèle, il attire de nouvelles recrues.

**Code :** RW57-57LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Il est nécessaire de disposer d'un temps de qualité sur le plan clinique pour remplir les documents requis.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Amélioration du système de soins de proximité par l'affectation d'une personne de catégorie 7 à la liaison avec le cabinet du généraliste pour les médicaments requis, ce qui permettra aux autres cliniciens d'avoir plus de temps pour voir les patients.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW58-58CBRE  
**Thème :** Patients référés

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Nous avons reçu un faible nombre de références et qui ne sont pas conformes au modèle Buurtzorg. Il est nécessaire d'assurer une communication directe avec les médecins généralistes et les structures Acute trusts.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Critères de référence définis.

Processus d'orientation établi pour permettre un accès direct.

Examen de la fonction et de l'intégration de la réponse rapide.

L'équipe continue à développer son réseau formel, ce qui favorise des orientations plus appropriées.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Considéré comme durable, mais seulement si des mesures d'atténuation sont mises en place.

**Code :** RW59-59CBICT  
**Thème :** TIC

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Capacité d'organisation pour gérer plusieurs projets avec des calendriers potentiellement contradictoires.

Un partenaire a introduit un nouveau système d'enregistrement des patients parce que l'ancien système n'était plus adapté et que le soutien de tiers pour le système a été retiré après une date spécifique.

Le projet a bénéficié d'une priorité élevée au sein de l'organisation. Cependant, il a été estimé que le personnel de terrain n'aurait pas la capacité d'apprendre un nouveau système tout en subissant les changements nécessaires pour remplir les obligations du TICC.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous avons travaillé avec l'équipe de projet informatique et le personnel opérationnel pour convenir d'un délai dans le passage des équipes TICC au nouveau système.

Une solution plus large à ce problème serait d'avoir un responsable de la gestion de projet en place pour suivre les projets dans toute l'organisation afin de réduire la probabilité de conflits et donc d'augmenter le taux de réussite des nouveaux projets.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

La nouvelle approche comporte tellement d'éléments qu'il est important d'envisager tous les nouveaux projets en fonction de cette nouvelle approche afin d'éviter les messages contradictoires et les erreurs.

**Code :** RW60-60LICT  
**Thème :** TIC

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les commentaires des équipes ont mis en évidence un manque de compréhension concernant l'utilisation de divers processus et systèmes informatiques. Cela entraîne des frustrations au sein des équipes, qui perdent du temps à essayer d'utiliser le système. Il existe actuellement un service d'assistance en ligne, appelé TopDesk, qui permet de signaler des problèmes, mais cela prend du temps alors qu'un problème peut devoir être résolu immédiatement. Dans la plupart des cas, cela signifie que l'interaction entre le personnel de terrain et les équipes d'assistance se fait par voie numérique plutôt qu'oralement ou en face à face.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

- Les services de soutien ont mis en place des séances de formation régulières et informelles de type « drop-in » où chacun peut soulever un problème. Ces sessions sont animées par un expert qui peut fournir le soutien nécessaire.
- Ces séances sont annoncées via notre intranet et sont ouvertes à l'ensemble du personnel. Le sujet alterne régulièrement pour couvrir les systèmes couvrant le recrutement, les congés, la maladie, les dossiers des patients, les finances, les biens immobiliers, etc.
- Tout problème qui ne peut être résolu immédiatement peut être renvoyé au back-office ; les services de soutien utilisent le bureau d'aide pour enregistrer toutes les demandes afin de conserver une piste de vérification des problèmes résolus et de fournir des preuves pour la réflexion, l'apprentissage et l'amélioration. Cela permet d'améliorer la conception du système, la formation au système et le soutien sur le terrain.

### **Résultats :**

- Cela aidera à mieux comprendre comment utiliser les systèmes.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW61-61LICT  
**Thème :** TIC

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

L'introduction d'un nouveau système d'information sur les patients pour permettre à tous les services de bénéficier du fait de n'enregistrer les informations qu'une seule fois. Il y avait trop de formulaires d'évaluation joints à l'aide d'une option de liste déroulante et les formulaires n'étaient pas toujours cohérents (changement de format).

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

- Le principe est que tous les membres du personnel ont accès à toutes les informations concernant le patient et prennent avec lui des décisions holistiques fondées sur la disponibilité des informations concernant l'ensemble de la personne.
- L'équipe a mis en place un service « questions-réponses » et essaie de raccourcir les options du menu déroulant pour qu'elles soient plus spécifiques aux services.
- Il existe un groupe permanent d'utilisateurs membres du personnel qui fait des suggestions pour améliorer le système et le rendre plus efficace.
- L'organisation continue d'être à l'écoute du personnel de terrain et de procéder à des ajustements. Citons, par exemple, la rationalisation du processus de sécurisation.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW62-62LICIT  
**Thème :** TIC

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les équipes ont leurs propres dossiers d'équipe sur un disque partagé accessible uniquement par elles. Lorsqu'un nouveau membre rejoint l'équipe, un long processus est nécessaire pour lui donner accès au dossier.

Il faut faire une demande via le service d'assistance informatique, qui sera envoyée au propriétaire du dossier, qui doit ensuite approuver ou rejeter la demande, ce qui peut prendre beaucoup de temps.

Actuellement, seul le service informatique a accès à l'identité des utilisateurs actuels des dossiers individuels et le propriétaire doit demander l'information via le système de requête informatique.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

- Introduire un nouvel outil informatique pour permettre aux membres de l'équipe de faire appel directement au « propriétaire » du dossier.
- Le « propriétaire » peut être n'importe quel membre de l'équipe et pas seulement un responsable.
- Permettre au « propriétaire » de rejeter ou d'approuver la demande.
- Donner au « propriétaire » l'accès aux informations du dossier pour lui permettre de le gérer directement.

### **Résultats :**

- Permet au « propriétaire » du dossier d'avoir un accès direct aux informations sur les personnes qui y ont accès, de gérer et d'examiner directement les utilisateurs actuels sans avoir à demander des changements via le service informatique.
- Les équipes ont plus de contrôle sur leurs propres dossiers plutôt que d'avoir à faire approuver les modifications par un responsable.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Un nouvel outil informatique a été conçu pour permettre à un membre de l'équipe de faire une demande directement auprès du « propriétaire » du dossier, qui pourra alors accepter ou refuser l'accès. Il permettra également au « propriétaire » du dossier d'avoir un accès direct aux informations sur les personnes qui y ont accès, de gérer et d'examiner directement les utilisateurs actuels sans avoir à demander des changements via le service informatique.

**Code :** RW63-63CBO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Non

### Description de l'obstacle et/ou du défi :

En travaillant avec les équipes infirmières existantes pour assurer la transition vers la nouvelle méthode de travail, il a été constaté qu'il y avait un plus grand besoin de soutien de la part des fonctions de back-office et des cadres, notamment en ce qui concerne les tâches administratives par rapport aux tâches cliniques.

### Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :

- Des sessions d'engagement ont été organisées avec les équipes de back-office pour discuter de la manière dont elles peuvent aider les équipes de terrain à travailler selon la nouvelle méthode ; les obstacles administratifs ont été abordés, à savoir le long processus de recrutement, les problèmes informatiques, le processus de délégation de pouvoirs, etc.
- L'invitation d'une infirmière de l'équipe pilote pour une expérience réelle a permis d'améliorer la communication entre l'équipe infirmière et les services de soutien.
- Nous avons travaillé avec les services d'entreprise pour examiner les politiques, les procédures et les processus existants afin de voir où des changements peuvent être apportés pour les simplifier.
- Lancement d'une campagne « Pierre, feuille, ciseaux » pour continuer à identifier et à corriger les éléments qui frustrant les équipes de terrain.
- Sessions d'engagement avec les partenaires commerciaux du développement organisationnel et les chefs d'équipe pour :
  - expliquer le programme et discuter de leurs responsabilités de soutien des équipes tout au long du processus ;
  - discuter des obstacles potentiels aux dates de lancement du programme en raison de pressions externes ;
  - assurer la liaison avec les chefs d'équipe pour établir la dynamique actuelle de l'équipe, afin d'accroître l'engagement et les résultats positifs du programme.

### Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :

Nécessite le développement d'un bureau intermédiaire au fur et à mesure de l'avancement du programme, réduction du nombre de cadres et changement du style de leadership en faveur de l'accompagnement/coaching à long terme dans toute l'organisation.

**Code :** RW64-64CBO  
**Thème :** Financement

**Pays d'origine/Contexte :** Belgique  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Capacité du personnel à gérer la transition parallèlement aux activités habituelles.

Un facteur clé à prendre en compte au Royaume-Uni est la manière dont nous sommes commissionnés, basée sur l'activité plus que sur le temps de travail. Nous devons donc fournir un certain nombre de traitements par zone, par équipe et par personne pour atteindre les indicateurs clés de performance et respecter nos contrats.

La crainte exprimée par les équipes est la suivante : « Comment répondre aux besoins de tous les patients tout en gardant le temps nécessaire pour évoluer et nous adapter à un autre mode de travail ? »

Lors de nos discussions informelles avec le personnel clinique, il a été noté que tous n'ont pas le sentiment de contrôler leur charge de travail.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Veiller à ce que l'équipe soit de la bonne taille et possède les compétences requises pour la cohorte de patients. Sinon, recrutez pour combler le vide.

Revoir la charge de travail : fermer les cas dormants, examiner si les patients ayant besoin de traitements peu fréquents tels que les injections de B12 doivent conserver le statut de cas actif.

Veiller à ce que les cadres supérieurs soutiennent le changement et aident leur personnel à « consacrer » du temps pour la transition.

Planification conjointe entre l'équipe de projet et la direction opérationnelle pour prendre en compte les autres problèmes qui peuvent affecter les équipes, comme le développement des réseaux de soins primaires à travers Kent & Medway, l'introduction du nouveau système d'enregistrement électronique des patients, les pressions hivernales, la pandémie, etc.

**Code :** RW65-65CBO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

La pandémie de Covid a changé le mode de travail des équipes. Au lieu de se présenter au lieu de base d'une équipe chaque matin et entre deux patients, les équipes ont fait beaucoup plus de travail à distance. Cela a entraîné une perte de contacts réguliers au sein de l'équipe.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

- Créer des groupes WhatsApp avec chaque équipe pour améliorer la communication entre les membres.
- WhatsApp a également assuré la sécurité lors des visites aux patients dans des zones éloignées en permettant au personnel de rester en contact avec les membres de l'équipe.
- Utilisation des outils numériques pour les réunions d'équipe régulières, comme les appels vidéo MS Teams.
- Mise en place des « groupes de travail » pour discuter des patients et des problèmes qui concernent l'équipe.
- Mise en place d'un « temps de bureau virtuel » pour créer un environnement de bureau tout en travaillant à distance.
- S'assurer que les réunions commencent par un moment de convivialité afin de préserver l'harmonie de l'équipe.

### **Résultat :**

Les équipes peuvent s'appuyer sur les rapports déjà établis et entretenir des relations même si elles ne travaillent pas ensemble dans un environnement de bureau.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW66-66LO  
**Thème :** Financement

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

### Description de l'obstacle et/ou du défi :

En raison d'un changement dans les dispositions de commissionnement et de l'effet de la Covid-19, une tournée crépusculaire a dû être établie dans plusieurs équipes d'un secteur.

### Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :

- Au départ, les membres de l'équipe se sont montrés réticents, car ils craignaient un impact sur les charges de travail et les équipes existantes.
- Une réunion a été organisée avec les membres des équipes locales afin d'examiner les moyens de trouver des solutions pour produire une rotation qui soit pratique, réalisable et répartie équitablement.
- En travaillant ensemble, il a été convenu de mettre à l'essai un membre de chaque équipe à tour de rôle afin de s'assurer que tous les membres de l'équipe participent.
- Le personnel a adopté les philosophies « Essayons » et « Même si on ne l'aime pas, peut-on faire sans ? ». Cela lui a permis de découvrir la nouvelle méthode de travail plutôt que de se concentrer sur les raisons pour lesquelles le changement ne pouvait pas avoir lieu.

### Résultat :

- Une fois que le personnel a pu tester cette méthode de travail collectivement pour trouver une solution, il a constaté que l'impact sur les charges de travail et les membres de l'équipe n'était pas aussi important qu'il ne le craignait.
- La collaboration entre plusieurs équipes a également eu d'autres avantages, notamment l'établissement de relations entre les équipes adjacentes et le transfert d'aptitudes et de compétences.
- Le personnel s'est senti impliqué dans la conception de la solution, ce qui lui a permis de relever d'autres défis.

### Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :

**Code :** RW67-67CBO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les niveaux de bruit dans les bureaux représentent une source de distraction lorsque les gens rentrent au bureau ou sont au téléphone, ce qui affecte la concentration.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

- Utiliser le document « Working with Me Manual/Personal Profile ». Il s'agit d'une série de questions dans un document Word qui permet aux personnes de réfléchir à leurs besoins, à leur style de travail et à comment travailler au mieux. Prendre le temps d'y réfléchir en équipe et donner l'occasion aux équipes de parler de leurs guides et de les partager permet aux membres de comprendre les besoins de chacun et la façon de travailler ensemble pour obtenir les meilleurs résultats.
- Allouer un espace calme dans le bureau qui restera une zone « Ne pas déranger ».

### **Résultats :**

- Augmente la confiance et la sécurité psychologique au sein d'une équipe.
- Améliore l'acceptation et la compréhension.
- Se concentre sur les besoins individuels et collectifs.
- Améliore la communication sur les performances et la qualité.
- Permet à chacun d'apporter tout son potentiel au travail.
- Permet aux membres de l'équipe de s'engager pleinement dans des activités non liées aux patients.
- Assure un espace confidentiel, pour les discussions entre pairs ou les conversations sensibles avec les patients.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW68-68CBO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les effets de la Covid-19 et le travail en distanciel du personnel ont conduit à la mise en place d'outils numériques pour les réunions. Cela a provoqué une diminution des pauses entre les réunions, c'est-à-dire pour les déplacements, les pauses confort, etc. Cela a un effet négatif sur le bien-être du personnel ainsi que sur la productivité.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

- Réduire la durée des réunions d'une heure à 50 minutes par exemple, pour permettre une courte pause avant de commencer la réunion suivante.
- Ancrer une culture dans laquelle il est autorisé de prévoir des pauses dans son agenda.
- Voir si la réunion est réellement nécessaire et s'assurer que les participants savent si leur présence est obligatoire ou facultative.
- Utilisez la méthode Buurtzorg pour les réunions en veillant à ce qu'un preneur de notes/un contrôleur du temps soit désigné pour chaque réunion.
- n guide a été édité pour être transmis aux équipes afin de promouvoir l'approche Buurtzorg des réunions.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW69-69LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

En raison de la charge de travail, nous n'avons pas été en mesure de promouvoir l'entretien de motivation pour améliorer le bien-être des patients. Les contraintes de temps et l'impact de la Covid empêchent la promotion de l'entretien de motivation pour améliorer le bien-être des patients, comme la perte de poids ou l'abandon du tabac.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

- Les équipes réintroduisent maintenant le modèle d'encadrement holistique pour planifier les soins avec les patients afin de s'assurer que chaque contact compte.
- Dans la répartition du travail, les équipes prévoient ce temps pour les entretiens de motivation.

### **Résultat :**

- Favorise la communication au patient pendant le transfert.
- Messages cohérents au patient.
- L'approche holistique des soins est plus avantageuse pour le patient et pour l'équipe.
- Bien que les évaluations holistiques puissent prendre plus de temps, elles permettent de gagner du temps tout au long du parcours de soin du patient.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW70-70CBO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Il y a un manque de disponibilité du personnel de catégorie 5 à cause de l'absence d'aides à la formation depuis 3 ans.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Employer du personnel qualifié de catégorie 4 pour améliorer les compétences et de catégorie 6 pour combler le vide.

Lancer une campagne de recrutement intensive, avec possibilité d'offrir des incitations si les chiffres sont faibles. Créer sa propre académie de soins infirmiers.

La mise à niveau des compétences du personnel est pérenne, mais l'utilisation de personnel surqualifié ne l'est pas.

Le personnel de catégorie 6 n'est pas utilisé au maximum de ses capacités. Risques : déqualification, baisse du moral du personnel, rétention du personnel.

**Code :** RW71-71LPR  
**Thème :** Politique et réglementation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### Description de l'obstacle et/ou du défi :

Le document actuel du système de délégation ne prévoit pas de prise de décision décentralisée. Elle est hiérarchique dans la mesure où elle se réfère à des catégories salariales plutôt qu'à des rôles. Cela signifie que la personne la plus à même de « donner l'approbation » à une décision peut ne pas y être autorisée en raison de sa catégorie salariale.

### Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :

- Il est nécessaire de « casser les mythes » pour que le personnel comprenne qui est responsable et à quel niveau.
- Mettre en place un groupe de travail, composé de représentants de l'ensemble du *trust*.
- Créer des groupes chargés de revoir le document actuel et le modifier pour faire référence à la « personne autorisée » au lieu de « catégorie X ».
- Passer en revue les différents niveaux d'autorisation.
- Mettre à jour, le cas échéant, pour réduire le nombre d'étapes de l'autorisation.

### Résultat :

- Le document modifié se fonde sur les rôles plutôt que sur les catégories et supprime donc l'élément hiérarchique.
- Il réduit également certaines étapes du processus d'autorisation, réduisant ainsi le temps nécessaire à sa réalisation.

### Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :

**Code :** RW72-72LPR  
**Thème :** Politique et réglementation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

L'examen de la longue liste de politiques, de procédures et de lignes directrices existantes a révélé un manque de cohérence dans la manière dont elles sont élaborées. Cela entraîne une confusion, des documents périmés, etc. Cela peut également indiquer que si un processus peut simplifier la charge de travail d'une personne, il peut alourdir celle d'une autre personne dans une équipe ou un service différent.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

- Mettre en place un groupe de travail.
- Assurer une représentation de l'ensemble de l'organisation, c'est-à-dire de la direction, des équipes de terrain, des services de soutien, etc.
- Demander au groupe d'élaborer un ensemble unique de « principes » qui seraient suivis par tous lors de la révision des politiques, procédures et lignes directrices existantes ou de la création de nouvelles.
- Veiller à ce que le document favorise les « meilleures pratiques ».

### **Résultats :**

- Cela permet à l'ensemble du personnel de prendre en compte l'impact plus large du changement.
- Il fournit des orientations claires au personnel pour déterminer si les documents existants doivent être revus et mis à jour ou si un nouveau document doit être créé.
- Des documents simplifiés sont accessibles à toutes les parties concernées.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW73-73LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

En raison de l'évolution des besoins des patients, une équipe a estimé que ses procédures opérationnelles standard (POS) n'étaient plus adaptées.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Suite à l'engagement de l'équipe :

- L'équipe a fait une analyse des objectifs du patient.
- Les procédures opérationnelles normalisées ont été examinées et mises à jour.
- Modifiées pour refléter les rôles actuels et les exigences de la pratique.
- Cela a donné lieu à un examen plus large du service mis en place.

### **Résultat :**

- Les procédures opérationnelles standard sont désormais adaptées et répondent aux besoins des patients.
- Un examen plus large du service a permis aux cliniciens d'avoir plus de pouvoir de décision.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW74-74LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

### Description de l'obstacle et/ou du défi :

Lors de la mise en place des deux premières équipes pilotes, il a été convenu que l'accès à leurs indicateurs de performance était nécessaire pour examiner la durabilité du projet. Ces informations n'étaient disponibles que pour les cadres supérieurs. Afin que les équipes puissent mesurer leurs succès/réalisations/KPI, il a été convenu de mettre en place un tableau de bord permettant aux équipes d'examiner leurs propres performances. Les informations disponibles dataient de 6 semaines et n'étaient donc pas à jour.

### Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :

- Une réunion a été organisée entre le responsable de la performance et les deux premières équipes pilotes et un tableau de bord Excel provisoire a été mis en place pour que les équipes puissent avoir accès à leurs indicateurs de performance.
- Ce tableau de bord provisoire a été testé pendant 18 mois/2 ans, avec un retour d'information de la part des équipes et un examen.
- Ce système a été développé en utilisant Microsoft Power BI qui interagit avec notre nouveau système d'information sur les patients, permettant ainsi aux équipes d'avoir accès à des informations à jour.
- Les informations fournies sont mises à jour toutes les 24 heures.
- Cette nouvelle approche de tableau de bord d'équipe a été diffusée dans l'ensemble du *trust* en mars 2022.

### Résultat :

- Le nouveau système a été visionné plus de 4 000 fois par 90 personnes et continue à être diffusé.
- Les équipes peuvent maintenant obtenir :
  - des rapports de suivi des performances ;
  - des informations sur les RH ;
  - des informations sur la sécurité des patients ;
  - des informations contractuelles ;
  - des listes et délais d'attente pour certains services dirigés par des consultants ;
  - des rapports ethniques.

### Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :

**Code :** RW75-75LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

L'accès aux médecins généralistes et aux infirmières a été réduit pendant la pandémie, ce qui a entraîné un surcroît de travail pour les équipes devant combler ces insuffisances. Quelques équipes ont également eu besoin de se procurer des pansements auprès des pharmacies, ce qui s'est avéré difficile pendant la période Covid, et les longues attentes ont eu un impact sur le temps du personnel et les soins aux patients.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

- En utilisant l'approche du coaching d'équipe, les équipes ont réfléchi à leur position, à leurs méthodes de communication et à leurs objectifs.
- Cela a permis de clarifier les besoins et les attentes des équipes auxquels les partenaires locaux du réseau formel devaient répondre.
- La communication proactive et la mise en place de discussions locales axées sur les soins et le bien-être des patients ont amélioré les relations et la compréhension entre les partenaires locaux. Par exemple, expliquer l'impact de l'action d'un partenaire sur le bien-être des autres partenaires et du patient.
- Les équipes sont désormais beaucoup plus proactives dans la planification de la manière de travailler avec leurs réseaux formels.
- Cela a amélioré l'accès pour obtenir des pansements et d'autres fournitures médicales.
- Il a également permis un meilleur partage des connaissances et l'amélioration des solutions pour les patients.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW76-76CBC  
**Thème :** Concurrence

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les nouvelles équipes formées dans le cadre du TICC peuvent être perçues comme remplaçant les équipes de soins infirmiers à domicile existantes.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Les nouvelles équipes formées dans le cadre du TICC travailleront aux côtés des équipes infirmières de proximité existantes, ce qui devra impliquer une communication et une gestion minutieuse. La brochure d'information destinée aux patients renforcera également cette position.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW77-77LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Formation : besoin de plans de formation plus fermes établis avec Buurtzorg NL et Buurtzorg BI/Public Work pour les équipes, les coaches et personnes « boucliers » (*heat shields*), et le back-office.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Buurtzorg BI/Public World ont suggéré une approche différente pour l'équipe Charing Neighbourhood Care qui soutiendra mieux la formation de l'équipe.

La formation des coaches avec Buurtzorg NL a bien fonctionné mais il faut un soutien britannique, en cours de développement. Recommander des coaches basés au Royaume-Uni en mettant en place des sessions de soutien régulières à partir de juin 2019, ce qui est désormais possible sur le site communautaire *Humanity at the Heart*.

Un soutien supplémentaire pour les personnes « boucliers » est nécessaire.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Il est important d'établir sa propre formation interne sur une certaine durée.

**Code :** RW78-78LPR

**Thème :** Politique et réglementation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Non

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Le paysage du NHS est en pleine mutation (plan décennal) et les réseaux de soins primaires et partenariats de soins intégrés sont en cours de développement.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Les cadres impliqués dans le développement de notre offre comprenant ce modèle devraient prendre en compte tous les changements du paysage national en gardant à l'esprit leur nouveau modèle voir, comment ces changements peuvent mieux appuyer notre approche. Élaboration de plans RH (plans de durabilité et de transformation) pour soutenir le programme.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Les conseils de soins intégrés et les réseaux de soins primaires pourraient faciliter la viabilité des équipes pluridisciplinaires, ce qui renforcerait l'approche de Buurtzorg.

**Code :** RW79-79LPR  
**Thème :** Politique et réglementation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Non

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Ce sont les services sociaux qui procèdent à l'enregistrement de la CQC pour les autorités locales alors que c'est la division hospitalière qui se charge de l'enregistrement du Community Health Foundation Trust, d'où l'existence de différentes approches. L'aide sociale est uniquement enregistrée pour les soins personnels.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Les prestataires de services sociaux doivent étendre leur enregistrement au traitement des maladies et des troubles afin de permettre aux soignants d'être légalement couverts pour mener à bien leurs activités de santé.

Le personnel est détaché/employé directement pour surmonter temporairement ce problème.

Une nouvelle équipe de la CQC chargée des modèles de soins doit être impliquée pour permettre un enregistrement conjoint et une nouvelle façon d'inspecter les équipes auto-organisées.

Des problèmes d'assurance et de réglementation ont retardé la couverture du personnel soignant pour les tâches de soins de santé, ce qui représente un obstacle au modèle qui ne peut actuellement être surmonté.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Si vous tentez de fusionner des équipes de soins sociaux et des équipes médicales, la manière dont les différentes organisations sont assurées engendre des difficultés, ce qui a constitué un énorme défi pour une équipe et l'a empêchée de poursuivre le processus.

La CQC n'a pas non plus pu modifier sa façon de réglementer pour s'adapter au modèle, bien que cela doive être réexaminé à une date ultérieure.

**Code :** RW80-80LPR  
**Thème :** Politique et réglementation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Non

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

En tentant de créer une équipe au sein d'un Health Foundation Trust et d'une autorité locale, on a découvert qu'il existait de nombreuses politiques et protocoles locaux pour les deux organisations.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il a été convenu d'utiliser les documents du Health Foundation Trust pour les sites pilotes.

Revoir la politique sur la stratégie et la réduction des politiques cliniques. Accès aux protocoles cliniques

Besoin d'un ensemble de protocoles cliniques nationaux (mis à jour et maintenus au niveau national). La politique et la procédure relatives aux médicaments ont été transmises au conseil de partenariat britannique.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Cette équipe n'a cependant pas continué car les divers défis que représentait le fait de travailler avec deux organisations pour une seule équipe étaient trop importants.

**Code :** RW81-81CBF  
**Thème :** Financement

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Non

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Il existe des différences de financement entre les soins de santé et les soins sociaux.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Restriction du nombre de cas à traiter et du financement de la recherche pour tester le modèle.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Les soins de santé et les services sociaux sont financés séparément.

Des conversations à distance sur l'intégration mais qui n'ont pas encore été vues.

Nécessité d'évoluer vers un partage des budgets et une intégration des organisations.

Revoir les parcours pour simplifier le processus ; organiser des discussions avec les services/administrateurs/ autorités de tarification appropriés pour assurer un travail intégré.

Un groupe de travail sur les zones grises est en cours de création.

Ce n'est pas un défi TICC, c'est un énorme défi britannique qui ne peut être résolu. Cela n'empêche pas les organisations de travailler de manière intégrée en se référant aux services comme elles l'ont toujours fait.

Il y a un consensus important quant aux opportunités offertes par l'introduction des Partenariats de soins intégrés.

**Code :** RW82-82LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Le personnel et les équipes étaient frustrés par la bureaucratie impliquée dans l'obtention de signatures. La paperasserie est retardée car les signatures électroniques ne sont pas toujours acceptables sur certains documents internes et peut être retardée encore davantage si plusieurs signatures sont requises.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

- Les questions relatives à la paperasserie pour obtenir des signatures ont été discutées au sein du groupe de pilotage « Cutting Unnecessary Bureaucracy ».
- Des réunions ont été organisées avec les services d'audit interne et des finances pour discuter de la possibilité d'accepter les signatures électroniques sur les documents.
- Les procédures sont désormais en place et fonctionnent conjointement avec le nouveau système de délégation révisé.

### **Résultats :**

- Les signatures électroniques éviteront au personnel de se rendre dans un bâtiment ou de poster des documents lorsqu'une signature est requise.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW83-83LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### Description de l'obstacle et/ou du défi :

La prise de décision étant de plus en plus déléguée aux équipes de terrain important que le personnel se sente en sécurité lorsqu'il travaille seul. En raison de la distanciation sociale et de l'impossibilité pour les équipes de se réunir, les membres de l'équipe doivent être rassurés sur le fait que l'on sait où ils se trouvent.

### Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :

- L'enquête puis l'introduction d'une application pour smartphone ont permis au personnel d'appeler à l'aide en cas de situation d'urgence, quand et où cela était nécessaire.
- Il est doté d'un système de sécurité pour personnel isolé et d'un système de messagerie d'urgence disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.
- Il peut également être téléchargé sur mobile et tablette.
- Cela a aidé les établissements à assurer la sécurité du personnel, comme les alertes météorologiques, les dangers de la route, etc.

### Résultat :

- Le personnel est désormais en mesure de donner l'alerte en cas d'urgence et d'obtenir de l'aide.
- Le dispositif d'aide permet de s'assurer que le personnel est informé de tout danger potentiel lorsqu'il se rend chez les patients ou au bureau.

### Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :

**Code :** RW84-84LC  
**Thème :** Demande de service

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Non

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Il y a une augmentation du nombre de patients à traiter en tant que fournisseur unique de soins de proximité et des différences accrues dans les dossiers actuels et la juridiction. Par exemple, les infirmières de cabinet ne sont pas comptées au Royaume-Uni, ce qui peut avoir un effet sur le financement et la durabilité.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Examiner la taille de la population et des équipes requises.

Examiner le modèle futur pour inclure éventuellement des infirmières pratiquant en cabinet et les interventions d'urgence.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW85-85CBR

**Thème :** Rapports au niveau local et national

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Non

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les exigences organisationnelles et nationales en matière de rapports et d'assurance ne correspondent actuellement pas à ce modèle.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous devons développer des mécanismes internes de performance et de rapport qui répondent aux mesures locales.

Il faut mettre en place des systèmes informatiques qui permettent d'extraire des données sans l'intervention de l'équipe.

Il faut également un changement de culture et une reconfiguration du back-office afin de toujours réfléchir à la manière dont les données peuvent être saisies sans alourdir le travail du personnel de terrain.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW86-86CBSYC

**Thème :** Changement de culture du système

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Le modèle à mettre en place nécessite une révision radicale des systèmes de santé et de soins afin de permettre aux équipes cliniques de faire ce pour quoi elles ont été formées.

Prendre soin de la personne tout entière et de la famille, planifier les soins de manière individualisée et réaliser ce qu'ils estiment être les meilleures interventions en vue d'obtenir les meilleurs résultats, plutôt que d'être contraints par des spécifications et délimitations de service précises dans le cadre d'une fragmentation de la prestation de santé et de soins.

Les commissaires ne comprennent pas ou ne reconnaissent pas la valeur du modèle : ils se concentrent sur des solutions nouvelles et rapides plutôt que sur des solutions de fond à plus long terme.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il faut que les commissaires participent au modèle et le partagent.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Le modèle est en adéquation avec le développement des réseaux de soins primaires (Primary Care Networks), qui soutiennent la prestation de soins locaux : les équipes sont développées sur la base de la modélisation de la santé de la population avec une équipe de 8 personnes à temps plein pour des populations de 10 à 15 000 personnes. Les réseaux de soins primaires peuvent avoir plus d'une équipe mais sont alignés sur les cabinets de médecine générale.

**Code :** RW87-87CBSYC

**Thème :** Changement de culture du système

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Il y a un problème avec le fait que les réseaux de soins primaires et les cabinets de médecine générale ne comprennent pas suffisamment le modèle.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous avons donc organisé des sessions d'engagement des parties prenantes et de partage du modèle.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Faire une présentation du modèle et organiser le développement d'une collaboration plus étroite avec les collègues de la médecine générale au profit des patients et des familles.

Organiser des séances de questions-réponses.

Soutenir le développement d'approches plus collaboratives des soins.

**Code :** RW88-88CBSYC

**Thème :** Changement de culture du système

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les commissaires et prestataires de soins sociaux pour adultes ne comprennent pas le modèle et les efforts que nous déployons pour le mettre en œuvre.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous avons organisé des séances d'engagement pour les parties prenantes et nous avons partagé le modèle.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Faire une présentation du modèle et du plan pour développer des relations avec les prestataires de soins sociaux et de soins.

Discuter des possibilités du modèle en matière de santé et de soins.

Établir des liens professionnels directs avec les équipes de proximité.

**Code :** RW89-89CBSYC

**Thème :** Changement de culture du système

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les organisations bénévoles de nos régions ne connaissent pas encore le modèle.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Là encore, nous avons organisé des séances d'engagement et de partage de modèle.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Faire une présentation du modèle et du plan pour développer de plus fortes relations avec les fournisseurs bénévoles.

Établir des liens entre les équipes et ces organisations et les prescripteurs sociaux travaillant dans les réseaux de soins primaires.

**Code :** RW90-90CBSYC

**Thème :** Changement de culture du système

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Commission de la qualité des soins (CQC)

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Discussions tenues avec la CQC et sur le modèle et ses implications au Royaume-Uni.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

La CQC reconnaît la volonté de créer des systèmes de santé et de soins plus intégrés, et que son cadre réglementaire et sa structure organisationnelle actuels, cloisonnés, ne sont pas toujours utiles. En collaboration avec les fournisseurs, il est nécessaire d'examiner et de revoir les obstacles dans leur cadre actuel afin de soutenir l'innovation.

**Code :** RW91-91CBSYC

**Thème :** Changement de culture du système

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Dans son livre intitulé *Le Défi de la bureaucratie*, M. Hancock déclare que « chaque nouvelle proposition de réglementation ou de processus » devrait être remise en question pour savoir si « elle a du sens compte tenu des réalités des soins de santé modernes et intégrés ».

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Défi, toujours plus de défi, mobiliser les puissants acteurs nationaux qui soutiennent les principes du modèle en cours d'implantation dans les équipes de quartier.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

La théorie de la contestation depuis de la base est confirmée par le NHS People Plan, qui stipule : « Nous avons tous notre mot à dire, nous nous sentons tous en sécurité et en confiance pour nous exprimer et nous prenons le temps de vraiment écouter pour comprendre les attentes et les craintes qui se cachent derrière les mots ». Mais les directives nationales concernant les meilleures pratiques continuent d'arriver, avec des objectifs douteux, qui sont mandatés. Le discours se maintient donc à l'intérieur des systèmes.

**Code :** RW92-92CBSYC

**Thème :** Changement de culture du système

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Manque de considération pour le personnel de soins de proximité, dont le potentiel inexploité permet de réduire davantage les admissions hospitalières non programmées et de favoriser la santé et le bien-être des personnes au sein de leur communauté.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Partager la base de données probantes avec les responsables du système et de l'organisation.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Base de données probantes :

<https://www.qni.org.uk/news-and-events/news/untapped-potential-dn-services-and-the-avoidance-of-unplanned-admissions-to-hospital/>

<https://www.qni.org.uk/wp-content/uploads/2022/02/Workforce-Standards-for-the-District-Nursing-Service-2022.pdf>

**Code :** RW93-93CBSYC

**Thème :** Changement de culture du système

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Traditionnellement, les approches du changement dans le NHS ont été portées par une logique de planification rationalisée, étayée par des données. Le nouveau NHS devra mettre davantage l'accent sur le lien émotionnel, car il s'agit d'une condition préalable pour appeler les gens à agir, sur la base de leurs convictions et de leurs valeurs, alors que nous passons d'un changement de type « devoir » à un changement de type « vouloir » pour faciliter la transformation, la prestation et l'intégration des soins dans la communauté.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Soutenir et développer des responsables portés par leurs propres convictions et valeurs qui se reflètent dans ces modèles de soins, ce qui les rend crédibles et authentiques aux yeux des autres membres de leurs organisations et réseaux.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Il est dit que... Souvent, on constate une déconnexion entre l'aspiration des responsables à un changement radical et la nécessité pour le système de préserver l'ordre et de contrôler/éviter les risques.

<https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2018/09/Change-and-Transformation-White-Paper.pdf>

**Code :** RW94-94CBSYC

**Thème :** Changement de culture du système

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Il y a une grande insuffisance de personnel (soins infirmiers), résultat de changements multiples/d'une planification nationale inadéquate.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Examen national/planification du personnel infirmier en amont.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Le travail sur les lignes rouges de QNI fournit une base pour un niveau de sécurité des soins de proximité, contenu dans les normes relatives aux ressources humaines.

**Code :** RW95-95CBSYC

**Thème :** Changement de culture du système

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

La fragmentation des soins via les appels d'offres a un impact sur la continuité des soins pour les patients, la hausse de la fréquentation des domiciles des patients et les ressources.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Les équipes travaillant dans le but d'obtenir de meilleurs résultats pour les patients influenceront les autres équipes de soins de proximité.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Les patients admis à l'hôpital sous la supervision des équipes d'infirmières de quartier devraient être reconduits chez eux par ces mêmes équipes.

**Code :** RW96-96CBSYC

**Thème :** Changement de culture du système

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les dossiers des cabinets de médecins généralistes contenant des patients ne se trouvant pas dans une zone géographique donnée.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous avons besoin d'une modélisation locale pour appuyer cela ainsi que l'approche Buurtzorg pour les soins infirmiers basés sur la localisation.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Pour améliorer les relations et travailler efficacement, l'adaptation des équipes de médecins généralistes et de quartier à une situation locale est utile à la fois aux patients et aux professionnels.

**Code :** RW97-97CBSMT  
**Thème :** Équipes auto-organisées

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Il n'y a pas assez de personnel pour mettre en place des équipes et leur permettre de développer les compétences nécessaires pour devenir auto-organisées.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Assurer un minimum de huit équivalents temps-plein en effectifs disponibles au début de la transition.

En assurant ce nombre minimal pour une équipe, nous avons réduit les risques d'échec de développement de l'équipe au départ et de perte de personnel par la suite.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Cela signifie que nous sommes plus dépendants de la capacité du personnel.

**Code :** RW98-98CBSMT  
**Thème :** Équipes auto-organisées

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les employés d'échelon supérieur au sein des équipes se sentent menacés par le modèle : sensation de perte de pouvoir/contrôle et d'identité (les membres de l'équipe portent tous le même uniforme).

Certains cadres supérieurs ont mentionné qu'ils avaient l'impression que cela ne reflétait pas les efforts qu'ils avaient déployés pour arriver là où ils étaient.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il faut reconnaître que ce modèle ne conviendra pas à tout le monde.

Engagement avec le personnel sur le modèle, la valeur et les atouts de chaque membre de l'équipe comme partie d'un collectif. Ne compromet pas la reconnaissance de l'expertise clinique.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW99-99CBSMT  
**Thème :** Équipes auto-organisées

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les cadres supérieurs ayant la responsabilité globale des services appréhendent de lâcher prise et de déléguer des responsabilités car ce seront toujours eux qui devront rendre des comptes.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous devons travailler sur l'intégration et avoir une formation sur les types de discussions et la prise de décision ; nous devons également revoir les rôles au sein des fonctions de mid-office pour soutenir les équipes.

Le rôle de responsable des infirmières cliniques a été redéfini en collaboration avec le personnel afin de combler l'absence de formation initiale structurée et solide pour les nouveaux membres.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Le personnel au sein des équipes peut accéder à un soutien pour les mises à jour ; il devrait y avoir un renouvellement des compétences si nécessaire ; nous effectuerons des examens entre pairs ; il faut que la gouvernance clinique apporte son soutien.

**Code :** RW100-100CBSMT  
**Thème :** Équipes auto-organisées

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les cadres exécutifs et administratifs s'inquiètent de la délégation de fonctions à un personnel plus jeune au sein des équipes.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il faut une collaboration avec le back-office : celui-ci doit soutenir le modèle, comprendre les principes, intégrer la sécurité dans les nouveaux processus simplifiés.

Communiquer sur la recherche de nouveau personnel, processus compliqué sur un système peu intuitif. Les autorisations budgétaires requises au niveau exécutif devront peut-être être revues.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Les équipes examinent les budgets, demandent au mid-office qu'il fasse la publicité, se mettent d'accord sur le rôle, établissent l'annonce et la fiche de poste avec l'équipe et en font la publicité.

Le budget du personnel doit être délégué aux équipes (le back-office et le mid-office le supervisent).

Cela prendra du temps à développer en matière de compétences et de confiance.

**Code :** RW101-101CBSMT  
**Thème :** Équipes auto-organisées

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les cadres exécutifs, corporatifs et supérieurs sont inquiets quant à la délégation de fonctions à un personnel plus jeune au sein des équipes.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Veiller à ce que les équipes aient accès au cadre, qui pose les principes fondamentaux dans lesquels elles vont opérer.

Lorsque les choses vont mal, examiner l'équipe et le coach en rapport avec le cadre pour identifier si l'équipe a opéré en respectant le cadre ou si c'est le cadre qu'il faut ajuster.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Il s'agit d'un document pragmatique qui doit être revu et référencé au départ par l'équipe afin de s'assurer qu'elle travaille dans les limites qu'il fixe et qui devra être ajusté au fil de l'expérience acquise.

**Code :** RW102-102CBSMT  
**Thème :** Équipes auto-organisées

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Craintes quant au risque présent dans le fait que de nouvelles équipes développent de manière initiale les compétences, l'expérience et les connaissances nécessaires pour travailler efficacement en auto-organisation.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Avoir des niveaux élevés d'engagement avec les coaches tout en développant les compétences et la prise de décision dans les 6 mois à un an ; s'entendre avec les équipes lorsqu'elles sont des équipes entièrement auto-organisées.

Une équipe avait été fortement touchée par l'absentéisme du personnel, problème qu'elle a auto-organisé sans le faire remonter, ce qui a eu un impact négatif sur la prestation des soins aux patients.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

La gestion du risque est intégrée dans le cadre de travail de l'équipe et comprend la nécessité d'attirer l'attention du coach pour obtenir un soutien si le risque est préoccupant, ce qui s'inscrit dans le processus d'apprentissage de l'équipe.

**Code :** RW103-103CBSMT  
**Thème :** Équipes auto-organisées

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Nous soulevons le fait que les équipes manquent de compétences, de connaissances et d'expérience pour agir en tant qu'équipes auto-organisées ; elles ont travaillé dans un cadre hiérarchique pendant de longues périodes.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il est nécessaire d'identifier les fonctions déléguées et de fournir une matrice de formation pour soutenir les connaissances/expériences requises pour les membres de l'équipe.

Les cadres s'entretiennent avec le personnel pour former des équipes.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Les équipes sélectionnent et font passer des entretiens aux membres potentiels de l'équipe ; cela nécessite un soutien des RH en matière de sélection et d'entretien.

**Code :** RW104-104CBSMT  
**Thème :** Équipes auto-organisées

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

D'autres rôles qui aident les équipes à passer à l'auto-organisation ne sont pas bien compris. Ils incluent notamment ceux de planificateur, rapporteur, « gardien » (*caretaker*)... que chaque équipe Buurtzorg doit confier à un de ses membres et pour lesquels il doit y avoir une rotation.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il faut une description précise des rôles/fonctions/domaines de responsabilité. Déploiement « en douceur » des équipes. Pas d'auto-organisation tant que le coach ne les a pas déclarées compétentes. Une formation accrue, notamment pour que le personnel dispose des « *soft skills* » permettant de mener des discussions difficiles entre collègues et gérer les conflits au sein de l'équipe.

Le rôle du planificateur est de contribuer à l'élaboration du planning et à la répartition du travail, d'organiser les réunions d'évaluation de la performance, les entretiens individuels et la supervision de l'équipe. Il autorise et calcule les congés annuels, aide aux entretiens de retour au travail et à l'examen informel des congés maladies.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Les rôles sont répartis et acceptés par les membres de l'équipe ; ils peuvent faire l'objet d'une rotation après accord de l'équipe.

**Code :** RW105-105CBSMT  
**Thème :** Équipes auto-organisées

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Il y a une incapacité à avoir des conversations ouvertes et honnêtes entre les différents niveaux de l'équipe du fait de l'inexpérience, due au travail dans des équipes hiérarchiques. Par exemple, lorsqu'un membre de l'équipe est en désaccord avec un autre membre de l'équipe, sa première réaction est de contacter un responsable/coach pour résoudre le problème.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il est donc nécessaire de donner accès et renforcer la formation de tous les membres de l'équipe à la méthode d'interaction axée sur les solutions, à l'inclusivité et à la tenue de conversations délicates.

Certains partenaires ont travaillé sur des méthodologies permettant de créer aussi une sécurité psychologique.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Un membre du personnel peut bénéficier de stratégies pour avoir une conversation ouverte afin de résoudre un problème. L'équipe peut également s'impliquer si cela a un impact sur les performances. Le coach peut être sollicité pour faciliter la résolution si les stratégies précédentes ont échoué.

Il est toutefois important de se rappeler que ce phénomène n'est pas dû au modèle, mais qu'il faut du temps pour évoluer vers un style différent sans avoir recours à l'encadrement.

**Code :** RW106-106CBSMT  
**Thème :** Équipes auto-organisées

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

La prise de décision décentralisée n'est pas cohérente avec les processus et les politiques existants au niveau du middle-office et du back-office.

Par exemple, les demandes de nouveaux uniformes, les formations statutaires et obligatoires, les autorisations de congés... toutes ces activités doivent être approuvées par le manager.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il est nécessaire de communiquer avec le back-office, de faire comprendre le modèle, les domaines de responsabilité qui doivent être délégués aux équipes, revoir les politiques/SOPS pour refléter les changements proposés et s'assurer que les outils tels que l'informatique sont modifiés pour soutenir le personnel qui assume ces responsabilités déléguées.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Pour certains partenaires, les tâches ont été déléguées en fonction des individus et de leurs rôles au sein de l'équipe.

Il peut être nécessaire d'effectuer ce travail de manière progressive, à mesure que les équipes s'habituent à chaque nouvel élément.

**Code :** RW107-107CBSMT  
**Thème :** Équipes auto-organisées

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les équipes n'ont pas accès aux outils de performance et aux tableaux de bord en ligne spécifiques aux équipes qui se trouvent actuellement entre les mains des responsables d'équipe. Les données sont actuellement fournies dans des formats complexes aux cadres supérieurs ayant la responsabilité globale des services.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous devons développer un tableau de bord des performances de l'équipe basé sur des résultats clés qui leur permette de suivre et de discuter de leurs performances.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Le résultat est un tableau de bord simplifié qui indique le volume de la charge de travail, la durée d'ouverture des patients, le pourcentage du temps passé face au patient, le rapport de performance (PDR) et la conformité statutaire et obligatoire à examiner lors des réunions d'équipe (le mid-office, le back-office et les coachs en ont connaissance).

**Code :** RW108-108CBSMT  
**Thème :** Équipes auto-organisées

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Manque de connaissances et de compétences dans les équipes cliniques pour remplir les fonctions précédemment occupées par les infirmières cliniciennes en chef.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Au démarrage, les coaches doivent apporter une contribution élevée, en facilitant les réunions d'équipe et en référençant le cadre. Nous avons décidé de prévoir une période de formation et d'accompagnement de l'équipe, d'une durée minimale de 6 mois.

Nous avons constaté qu'elle réduisait le risque d'une « perte de contrôle » de l'auto-organisation, d'un non-alignement du travail des équipes avec le cadre.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Les organisations doivent investir dans le développement des fonctions avec les besoins de formation des équipes associées.

**Code :** RW109-109CBOC  
**Thème :** Culture de l'organisation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

L'incompréhension du modèle et de ses avantages cliniques et organisationnels, bien que l'équipe de direction en reconnaisse les possibles bienfaits, fait partie des problèmes difficiles à résoudre.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Désigner un sponsor exécutif du modèle et des cadres supérieurs clés pour les amener à comprendre les principes du modèle.

L'engagement des parties prenantes est important.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Engagement des directeurs exécutifs et non exécutifs.

Voir des services d'envergure adopter le modèle dès les premières phases. Mobiliser le personnel clé des cliniques et de l'entreprise pour défendre le modèle.

Comprendre les données sur la santé de la population et leur impact sur les équipes cliniques.

**Code :** RW110-110CBOC  
**Thème :** Culture de l'organisation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Certains membres de l'organisation sont réticents lorsqu'il s'agit de remettre en question le statu quo et de travailler à l'inscription des principes du modèle.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Les organisations doivent obtenir l'engagement et le soutien du PDG/directeur général

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Fournir une analyse de rentabilité sociale pour présenter le modèle et les exigences.

Introduire le rôle de « bouclier thermique » : une ou plusieurs personnes qui remettent en question de manière constructive, dans toute l'organisation, les exigences et les processus imposés au personnel clinique, et qui protègent et soutiennent les équipes pionnières.

**Code :** RW111-111CBOC  
**Thème :** Culture de l'organisation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les cadres supérieurs des équipes cliniques se sentent menacés par le modèle : perte de contrôle et ils se demandent si l'on aura besoin d'eux.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il est nécessaire de partager comment est appréhendée la réaffectation des rôles afin de soutenir au mieux les cliniciens.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Reconnaître que la nécessité d'une transformation des rôles. Inclure la responsabilité du « bouclier thermique » pour les cadres qui soutiennent les équipes cliniques. Recentrer les rôles sur le leadership, la qualité des soins, le service, le développement du personnel.

**Code :** RW112-112CBOC  
**Thème :** Culture de l'organisation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Manque de sensibilisation/perspécacité du back-office concernant l'impact [des systèmes] sur les équipes cliniques.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Les équipes cliniques doivent donner leur avis sur les impacts et les processus qui sont lourds et conduisent à des blocages.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Engager activement le personnel à communiquer sur les processus difficiles et réorienter les fonctions, libérant ainsi du temps pour les soins.

Aider le personnel à mieux comprendre l'impact des décisions du back-office sur le personnel clinique.  
Exemple : le personnel clinique ne peut avoir qu'un seul équipement informatique, iPad ou ordinateur portable.

**Code :** RW113-113CBOC  
**Thème :** Culture de l'organisation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

L'interprétation des valeurs et des visions de l'organisation par certains cadres supérieurs ne reflète pas un comportement d'adhésion au modèle.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

L'interprétation des valeurs et de la vision des cadres supérieurs de l'organisation et leurs comportements doivent être revus pour s'assurer qu'elles soient conformes au modèle.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Renforcer les comportements organisationnels avec des valeurs cohérentes avec le modèle.

**Code :** RW114-114CBOC  
**Thème :** Culture de l'organisation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Compréhension du rôle d'accompagnement des équipes par rapport aux rôles de direction.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Développer une fiche de poste de coach, communiquer et renforcer la définition du rôle et ses attentes, tant au niveau de l'organisation que du personnel.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Renforcer la méthode de coaching avec les équipes.

Examiner les politiques et les processus pour soutenir la définition du rôle - coacher par rapport aux cadres supérieurs opérationnels/cliniques de niveau intermédiaire.

**Code :** RW115-115CBOC  
**Thème :** Culture de l'organisation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Discours sur les attentes des équipes nouvellement formées à partir de configurations d'équipes historiques.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nécessité de reconnaître les tensions de transformation entre les nouveaux et les anciens modèles et trouver des moyens de les modifier ou de les soutenir de manière appropriée.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Encourager des conversations ouvertes et honnêtes.

Soutenir la compréhension du plan de transformation dans l'ensemble de l'organisation.

**Code :** RW116-116CBOC  
**Thème :** Culture de l'organisation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Certains ont eu du mal à interpréter la terminologie, le sens de termes comme mid-office/back-office, rôles/ responsabilité.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Créer un modèle de plan comme document à revoir et à développer tout au long de la transformation.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW117-117CBOC  
**Thème :** Culture de l'organisation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

La culture historique du NHS ne correspond pas au modèle.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Intégrer dans toute l'organisation les principes qui soutiendront la transformation.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

1. Garder les choses simples
2. Café et attentions
3. L'humanité plutôt que la bureaucratie
4. Est-ce vivable ?
5. pproche axée sur les solutions

**Code :** RW118-118CBOC  
**Thème :** Culture de l'organisation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Notre stratégie informatique numérique n'aide pas à réduire la charge qui pèse sur le personnel clinique.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous devons examiner et prendre en compte les développements informatiques conformément à l'approche Buurtzorg et en nous posant des questions telles que : « Cela aide-t-il les cliniciens ? » « Cela profite-t-il aux soins cliniques ? »

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Nous suggérons que les organisations :

1. visent un unique identifiant de connexion ;
2. développent des systèmes intuitifs ;
3. envisagent l'établissement du système Omaha pour démontrer les résultats obtenus auprès des patients ;
4. collectent les données requises par les autorités de régulation ou d'autres organismes de manière discrète pour le personnel et les patients.

**Code :** RW119-119CBOC  
**Thème :** Culture de l'organisation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Incapacité de notre service immobilier à fournir des espaces appropriés pour les soins cliniques dans les quartiers.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Le service immobilier doit explorer et identifier avec les cabinets de médecins généralistes s'il existe des sources potentielles d'établissement sur leurs sites. Cela concerne les améliorations apportées auprès des équipes pour un travail plus étroit avec les équipes de généralistes.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

1. Cela requiert de la ténacité.
2. Cet aspect doit être pris en compte dès le début du projet, car il nécessite un engagement organisationnel pour soutenir une approche très différente.

**Code :** RW120-120CBOC  
**Thème :** Culture de l'organisation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

La position de l'organisation sur l'acceptation de demandes externes de données qui ont un impact sur la capacité clinique – nous nourrissons la bête.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Pour appuyer le rejet des demandes de données ou une nouvelle manière de les aborder, il faut un changement de culture, visant à repousser, remettre en question et évaluer l'impact de ces demandes sur la capacité clinique.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

1. Cela nécessite une communication et un renforcement de l'organisation pour permettre au personnel de considérer le principe suivant : « Si cela n'a pas d'impact direct sur les soins du patient, cela ne doit pas toucher le clinicien. »
2. Les différents départements de l'organisation doivent envisager des sources ou des moyens alternatifs de collecte de données.
3. Il est également nécessaire de se demander à qui profite la demande de données.

**Code :** RW121-121CBOC  
**Thème :** Culture de l'organisation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Pour tous les partenaires, le personnel ne suffit pas pour soutenir la transformation en temps voulu en raison de la pénurie nationale de personnel infirmier dans chacun des pays.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il est nécessaire de reconnaître et de développer les équipes en fonction des ressources infirmières.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

1. Au sein de Buurtzorg, les équipes ne comptent pas moins de six personnes et pas plus de douze. Pour un partenaire, les équipes étaient basées sur une taille de huit personnes en équivalent temps plein et il y avait une exigence d'établissement complet pour soutenir le transfert de modèle. Population de patients de 10 à 15 000 personnes.
2. Conforme aux normes du Queen's Nursing Institute (QNI) en termes de lignes rouges et de sécurité des patients/qualité clinique.

<https://qni.org.uk/news-and-events/news/new-workforce-standards-for-district-nursing-launched/>

**Code :** RW122-122CBIT  
**Thème :** Repenser les TI

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Omaha est une taxonomie infirmière standardisée, complète et fondée sur la recherche, qui permet d'améliorer la documentation saisie et de soutenir les résultats qualitatifs. Lors de l'examen de l'utilisation de la taxonomie, il s'est avéré qu'il était très difficile de la superposer aux dossiers électroniques des patients d'une organisation.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

La solution consisterait à développer une configuration permettant aux équipes infirmières de réaliser une évaluation holistique et d'utiliser l'échelle d'évaluation des problèmes.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Cela nécessite un travail ciblé, avec une configuration créative et une capacité à retravailler au fil du temps, ce qui a jusqu'à présent été fait par un partenaire français mais pas par des partenaires britanniques, bien que cela reste pour eux un objectif.

**Code :** RW123-123CBIT  
**Thème :** Repenser les TI

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Dans nos systèmes actuels, les cliniciens sont tenus d'avoir accès à plusieurs systèmes, impliquant plusieurs identifications de connexion et étant peu intuitifs pour la plupart, ce qui a un impact sur les capacités et l'efficacité cliniques, la plupart étant peu intuitifs (congéés annuels, demandes d'accès aux informations, Datex, etc.). C'est très différent des systèmes qui ont été créés pour et avec le personnel utilisateur final de Buurtzorg.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Dans certains cas, les partenaires ont pu remplacer plusieurs bases de données de back-office par une seule solution de planification des ressources d'entreprise. Moins de connexions signifie moins de doublons. Les systèmes existants de dossier électronique de patient (DEP) sont déjà intégrés aux systèmes de dossier électronique de patient des cabinets de généralistes et des hôpitaux. Les partenaires ont donc décidé de s'en tenir à notre système DEP pour le traitement des dossiers des patients, mais ont essayé de faire fonctionner autant de fonctions de back-office que possible à partir d'un seul système intégré de planification des ressources de l'entreprise.

Cela a permis de réduire le nombre de connexions et de systèmes sur lesquels les utilisateurs doivent être formés, mais cette intégration pourrait encore être améliorée.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Le niveau de défi que cela représente sera différent pour chaque organisation. L'idéal serait toujours d'avoir un système entièrement intégré pour les dossiers électroniques des patients et les fonctions de back-office (finances, RH, achats, etc.). Au Royaume-Uni, c'est extrêmement difficile étant donné le nombre limité de DEP pour les services de proximité qui sont accrédités/acceptés par les commissaires du NHS England.

**Code :** RW124-124CBIT  
**Thème :** Repenser les TI

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

La communication est difficile au sein et entre les équipes de soins de proximité, qui se trouvent à différents endroits.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Développer et utiliser un Wiki interne : un site web créé en collaboration par plusieurs utilisateurs.

Mise en place d'un système de gestion de contenu (CMS) collaboratif permettant de collecter et d'organiser les médias créés et révisés par les utilisateurs.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Cela nécessite un soutien au projet et un adoptant précoce afin d'aider à la conception des composants clés qui aideraient l'équipe/la prestation de services.

**Code :** RW125-125CBIT  
**Thème :** Repenser les TI

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Pour les équipes composées d'employés travaillant dans plusieurs organisations, l'accès aux réseaux a posé des problèmes.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Les organisations doivent travailler ensemble pour gérer les connexions de réseau appartenant à d'autres parties prenantes.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

C'est un travail compliqué et de longue haleine qui est nécessaire afin d'appuyer une solution à plus long terme qui sera mise en œuvre avec le Health and Social Care Network (HSCN), offrant un moyen fiable, efficace et flexible pour les organisations de santé et de soins d'accéder et d'échanger des informations électroniques. Le travail est encore en cours.

**Code :** RW126-126CBIT  
**Thème :** Repenser les TI

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Défis de connectivité informatique pour assurer l'uniformité d'accès du personnel clinique afin de pouvoir travailler à distance, souvent dans des zones rurales.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Cela nécessite un investissement national. 2022 Building Digital UK (BDUK), qui fait partie du ministère du numérique, de la culture, des médias et du sport (DCMS), est chargé de veiller à ce que chaque foyer et chaque entreprise du Royaume-Uni puisse accéder à une connectivité numérique rapide et fiable.

Le gouvernement investit 5 milliards de livres sterling pour faire en sorte que tout le monde ait le même accès à une bande passante haut débit. Le gouvernement et les quatre opérateurs de réseaux mobiles investiront conjointement un milliard de livres sterling supplémentaire pour porter à 95 % la couverture mobile 4G dans tout le Royaume-Uni.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Enjeu national.

**Code :** RW127-127CBIT  
**Thème :** Repenser les TI

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Plusieurs de nos systèmes sont fondés sur un accès hiérarchique ; les responsables doivent tout améliorer.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Notre moyen de contournement a été de permettre aux membres de l'équipe des soins de proximité de se donner mutuellement des autorisations.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Des dispositions de gouvernance peuvent être ajoutées à une fonction de mid-office pour examiner les rapports, par exemple les demandes de remboursement de frais kilométriques.

**Code :** RW128-128CBIT

**Thème :** Repenser les TI

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Accès clinique au matériel informatique ; défis posés par le back-office en charge des dépenses qui réduit l'équipement informatique auquel ont accès les cliniciens peuvent ; cela va à l'encontre des divers moyens nécessaires pour soutenir de manière optimale les cliniciens.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Un « bouclier » au niveau du mid-office, qui permette aux cliniciens d'avoir accès à des équipements informatiques qui favorisent leur efficacité.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Cela reste un défi et nécessiterait un changement de culture.

**Code :** RW129-129CBIT

**Thème :** Repenser les TI

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les exigences des rapports, tant au niveau local que national, ont un impact sur le temps de traitement clinique ; nous avons pléthore de rapports et d'indicateurs clés de performance que nous sommes obligés de collecter et soumettre à nos commissaires NHS.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

La solution simple identifiée était une remontée/un dialogue permanents avec les commissaires pour les sensibiliser aux principes de Buurtzorg et encourager une approche collaborative pour réaliser et communiquer des résultats plutôt que des volumes.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Cela reste un défi et nécessiterait un changement de culture.

**Code :** RW130-130CBIT

**Thème :** Repenser les TI

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Indicateurs de performance

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

À confirmer

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Quelque chose est en cours de rédaction par Rob.

**Code :** RW131-131LRR

**Thème :** Recrutement et maintien du personnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les changements dans la prestation de services découlant de l'obligation de développer un nouveau service ont entraîné une réduction substantielle du personnel clinique senior au sein des équipes de soins infirmiers de proximité. Les cliniciens seniors sont réaffectés en soutien du nouveau service, ce qui restreint la capacité des infirmières à domicile à aider de manière adéquate le personnel junior à acquérir de compétences, de la confiance, et bénéficier d'une supervision clinique.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Recrutement de deux membres du personnel senior de soins des plaies pour aider à la supervision clinique pratique du personnel junior et la mise à jour du personnel titulaire.

Recrutement de deux infirmières spécialisées en diabétologie pour soutenir le développement des compétences du nouveau personnel, et pour examiner et soutenir les sorties d'hôpital avec la titration des médicaments et l'utilisation de Freestyle Libre le cas échéant en vue d'optimiser le contrôle du diabète lorsque cela est cliniquement approprié.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Le soin des plaies représente plus de 40 % de notre activité et il existe un risque clinique élevé s'il n'est pas géré correctement.

L'administration d'insuline et les patients diabétiques représentent un volume élevé des 40 % de patients qui doivent prendre des médicaments au quotidien.

**Code :** RW132-132LRR

**Thème :** Recrutement et maintien du personnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Nous avons constaté qu'il y avait un niveau de soutien insuffisant pour permettre aux nouveaux membres du personnel d'acquérir confiance et compétences dans leurs fonctions.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous avons procédé à un examen du programme de formation initiale et, à partir des commentaires des anciens participants, nous avons élaboré et mis en œuvre un programme de formation initiale plus approfondi de 12 semaines avec un responsable clinique pour aider au développement du préceptorat et à la supervision clinique.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW133-133LRR

**Thème :** Recrutement et maintien du personnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Nous disposons de processus de recrutement complexes.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Une solution a été de centraliser les fonctions auprès du personnel clé du mid-office qui est informé des besoins par le personnel clinique, puis gère le système et est soutenu par un partenaire commercial RH dédié aux descriptions de poste, aux annonces et au suivi des candidats retenus afin d'optimiser les processus requis pour faciliter le démarrage.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Les processus de recrutement comprennent l'utilisation d'un système peu intuitif qui n'est utilisé que sporadiquement par les équipes cliniques, entraînant des retards et ayant un impact sur le temps clinique.

**Code :** RW134-134LRR

**Thème :** Recrutement et maintien du personnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Nous avons des processus compliqués pour les nouveaux arrivants ; il y a en outre de multiples formulaires à remplir et des retards dans l'obtention d'équipements cliniques et informatiques et d'accès aux systèmes

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Ces tâches ont été confiées à une personne qui est informée par les partenaires RH des dates d'entrée des nouveaux arrivants. Cette personne veille à ce que tous les formulaires concernés soient remplis et soumis, s'assure que tous les équipements cliniques et informatiques sont disponibles le premier jour et organise la journée d'accueil des organisations.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Traditionnellement, les équipes cliniques géraient au fur et à mesure, ce qui entraînait des retards dans l'équipement, etc. Cela permet au contraire au personnel de fonctionner de manière optimale dès le premier jour.

**Code :** RW135-135LRR

**Thème :** Recrutement et maintien du personnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Certains processus sont inappropriés pour bien comprendre les raisons principales du départ de notre personnel ; cette question est actuellement gérée par les équipes cliniques.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Le partenaire RH est désormais informé de tous les départs et de toutes les offres et organise une réunion pour comprendre les raisons du départ du personnel afin de voir si nous pouvons faire quelque chose pour mieux retenir le personnel.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Cela nous a permis de mieux comprendre les raisons du départ du personnel, d'apporter un soutien accru au personnel et d'identifier les équipes qui ont besoin d'une aide supplémentaire en matière d'auto-organisation.

**Code :** RW136-136LRR

**Thème :** Recrutement et maintien du personnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Le développement de la capacité des équipes de soins infirmiers de quartier à gérer leurs propres processus d'entretiens et de sélection du personnel a échoué au départ en raison d'un manque de compréhension et de sensibilisation aux processus RH concernant la prise en compte des exigences de performance de l'équipe pour les entretiens et la sélection.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Les coachs viennent désormais en aide lors du recrutement initial et des entretiens avec les équipes. Notre partenaire RH accompagne également les équipes avec un ensemble de formations sur le recrutement.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Les équipes ont besoin d'un soutien important de la part des coachs au cours des six à douze premiers mois. Cela a conduit à donner plus d'activité d'encadrement aux coachs et a permis de libérer des postes de responsables cliniques qui souhaitaient se développer dans ce rôle.

**Code :** RW137-137LRR

**Thème :** Recrutement et maintien du personnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Il y a une diminution du personnel clinique senior ayant un contact direct et des conversations cliniques quotidiennes avec le personnel junior, ce qui a un impact sur le soutien et réduit l'amélioration des résultats pour les patients (réorganisation basée sur les exigences du NHS Angleterre pour fournir un service d'intervention d'urgence).

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Développer le rôle de l'infirmière de quartier prescriptrice à travers le réseau de soins primaires pour travailler aux côtés des équipes du réseau et de leurs collègues généralistes, en soutenant les équipes avec des discussions cliniques et une supervision clinique, en prenant en charge un ensemble de cas complexe, en leur offrant un appui concernant leurs patients malades et en faisant remonter l'information si nécessaire.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Ce rôle a été accueilli de manière positive car il favorise la progression de la carrière clinique au sein du service et a attiré des candidats externes.

**Code :** RW138-138LRR

**Thème :** Recrutement et maintien du personnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Il a été difficile de soutenir le personnel de manière optimale pendant la période de probation.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Les niveaux actuels de personnel ont eu un impact négatif sur les processus ; à l'avenir, nous aiderons les mentors avec une formation sur les exigences des processus.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Il s'agit d'un poste intérimaire soutenu par des coaches.

**Code :** RW139-139LRR

**Thème :** Recrutement et maintien du personnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Le nombre de postes vacants au sein du NHS est élevé ; le problème a été notre capacité à recruter du personnel dans un marché concurrentiel.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous avons révisé et simplifié les descriptions de poste.

Nous avons fait la publicité du modèle que nous souhaitons atteindre.

Les candidats peuvent postuler en ligne ou sur papier s'ils le préfèrent (auparavant, seules les candidatures en ligne étaient acceptées).

Annonces sur Facebook.

Investissement dans des journées de recrutement/une présentation.

Invitation à des entretiens le jour-même.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Cette initiative a été menée par le partenaire RH.

**Code :** RW140-140LRR

**Thème :** Recrutement et maintien du personnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Il y a un niveau élevé de postes vacants au sein du NHS, ce qui réduit notre capacité à recruter du personnel dans un marché concurrentiel.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Notre solution est « Growing Our Own ». Nous avons l'intention de soutenir et d'encourager les candidats de catégorie 2 qui souhaitent suivre le programme d'apprentissage pour devenir praticien associé agréé ou infirmière agréée.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW141-141LRR

**Thème :** Recrutement et maintien du personnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Il y a un niveau élevé de postes vacants au sein du NHS, ce qui réduit notre capacité à recruter du personnel dans un marché concurrentiel.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous avons augmenté le nombre de candidatures retenues pour obtenir la qualification d'infirmière de district.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Cela nous a permis d'attirer des candidats externes.

**Code :** RW142-142LRR

**Thème :** Recrutement et maintien du personnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Nous avons du mal à retenir le personnel par des opportunités de développement professionnel.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Notre solution à ce problème a été de travailler avec un autre *trust* communautaire et une université locale pour développer un programme de master communautaire.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Il n'a été mis en œuvre qu'en 2022 et nous attendons donc d'en examiner le résultat.

**Code :** RW143-143LRR

**Thème :** Recrutement et maintien du personnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Nous constatons que certains membres du personnel occupent des fonctions qui ne mettent pas en valeur leurs aspirations et leurs forces.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Grâce à des discussions avec des personnes ayant quitté l'organisation et des membres du personnel qui n'étaient pas satisfaits de leur travail, facilitées par le partenaire RH, nous examinons maintenant ce que le service exige, comment les forces et aspirations du personnel peuvent au mieux correspondre aux besoins.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Cela s'est traduit par un maintien positif du personnel.

**Code :** RW145-145LC  
**Thème :** Requête de service

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Au Royaume-Uni, les services sont traditionnellement commandés sur la base d'une activité et d'un contrat global. Temps et tâches.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous avons constaté qu'aucune solution à court terme n'était nécessaire car elle est considérée comme un projet de recherche et non comme un service commandé, ce qui nous donne plus de flexibilité.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Nous nous efforçons de développer les relations avec les commissaires car ils opèrent actuellement par contrat et non selon les besoins, les finances et la complexité des besoins en soins infirmiers. Nous nous efforçons également de maintenir une charge de travail acceptable sur la base de la zone géographique convenue.

Nous continuons à travailler avec Buurtzorg.

Il est difficile de gérer les quartiers du réseau de soins primaires à cause de la couverture des médecins généralistes à travers Medway. Le nouveau programme de soins intégrés pour 2020 devrait favoriser des changements conformes au modèle.

S'assurer que le personnel interagisse avec leurs cabinets du réseau de soins primaires.

Identifier les équipes d'infirmières de quartier pour la chirurgie, leur fournir le numéro de contact des équipes d'infirmières de quartier.

**Code :** RW146-146LC  
**Thème :** Requête de service

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Non

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les patients peuvent avoir plusieurs prestataires de soins de santé, les autorités locales divisant les parcours entre plusieurs équipes et les équipes désignées à la suite du financement étant divisées entre la santé et les soins sociaux.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous discutons avec les commissaires lorsque nous avons identifié des endroits où les équipes d'infirmières de quartier ont une influence sur la prestation de services commandés de manière fragmentée.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Nous avons constaté que les commissaires commanderont des services sur la base de ce modèle.

À ce jour, notre implication avec les commissaires a été positive et se poursuit.

20201 : il y a eu une augmentation du partage du potentiel du modèle dans nos réunions de soins locaux.

**Code :** RW147-147LC  
**Thème :** Requête de service

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Non

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les commissaires de la santé voudront mandater ce modèle et le service devra répondre à un appel d'offres.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Inclure les commissaires afin de comprendre le modèle/participer aux événements et réunions des parties prenantes et les inviter à travailler avec les équipes.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

À ce jour, notre implication avec les commissaires a été positive et se poursuit.

Nous avons organisé un événement pour les parties prenantes le 18 novembre 2019 ; nous avons également diffusé des bulletins d'information et les commissaires seront invités à notre lancement virtuel.

2021 : le modèle est soutenu par le programme de soins locaux.

**Code :** RW148-148LC  
**Thème :** Requête de service

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les indicateurs clés de performance et les flux de financement des parcours sont affectés par la fourniture de soins intermédiaires par les infirmières de quartier.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous avons mis en place une solution interne.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Le déploiement de l'adaptation des parcours nécessiterait un ajustement des spécifications des services et des indicateurs clés de performance.

Il existe également une solution pour les patients du programme « Home First ».

**Code :** RW149-149LC  
**Thème :** Requête de service

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Non

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Le modèle exige que les équipes soient situées dans les quartiers, mais la mise en service vise actuellement à centraliser toutes les équipes dans les centres de santé, ce qui pourrait avoir des conséquences financières.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous avons des discussions ouvertes avec les commissaires et examinons l'impact des deux différentes approches sur les finances.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Nous avons constaté que les commissaires commanderont des services sur la base de ce modèle.

Le modèle soutient les plans de développement durable et de transformation et les programmes de soins locaux doivent donc être suivis de près.

Notre action est reconnue dans les soins locaux car elle offre des solutions positives.

**Code :** RW150-150CBCOMP  
**Thème :** Concurrence

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Non

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Historiquement, les équipes ont une charge de travail importante, ce qui a un impact sur les résultats du modèle, et les besoins en personnel sont inconnus.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

- La passation des marchés a désormais changé. La précédente méthode d'appel d'offres impliquait que deux localités devaient candidater pour un même domaine de travail, ce qui aurait rendu difficile la mise en œuvre du modèle en raison des contraintes liées aux actuelles modalités de travail.
- France : aucune équipe historique ; créer leur propre concurrence ; ils travailleront toujours seuls même s'ils ont reçu une formation par une nouvelle équipe.
- Le nombre de dossiers à traiter peut provoquer des tensions entre les différentes équipes, mais les équipes historiques savent que la qualité prime sur la quantité. Toutes les équipes sont favorables aux charges de travail ordinaires.
- La réduction du nombre de dossiers fait une grande différence pour les patients et les plaintes sont moins nombreuses.
- Les équipes communiquent entre elles, via des comptes privés sur les réseaux sociaux, les compliments et les plaintes qu'elles ont reçus.
- La demande a été réduite en mettant davantage l'accent sur les interventions anticipées, la prévention et l'auto-organisation.
- Plan de déploiement basé sur la réduction de la demande en mettant davantage l'accent sur l'intervention anticipée, la prévention et l'auto-organisation. Nous effectuerons un suivi avec l'équipe pilote et de manière continue avec le déploiement des équipes.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Enregistré comme un registre de risque sur risque.

Les équipes devront gérer la charge de travail sans dépasser la limite fixée, sinon cela aura un impact sur leur budget de service.

**Code :** RW151-151LF  
**Thème :** Financement

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Non

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Il n'existe pas de modèle de facturation des soins sociaux pour le travail que les équipes du TICC accompliront.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Afin de ne pas déséquilibrer le marché des soins à domicile et de ne pas faire de bénéficiaires dans le cadre du projet, l'équipe d'infirmières du East Kent ne doit pas prendre en charge les patients qui bénéficient déjà d'un forfait de soins sociaux auprès du Kent County Council.

Cependant, elles doivent travailler conjointement avec leurs collègues des services sociaux, notamment en examinant les flux de financement et les modèles de prestation pour les besoins en soins de longue durée.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Nous devons rechercher et accepter une solution à long terme, car la solution actuelle ne résout ces problèmes que durant la durée de vie du projet.

Nous devons maintenir un dialogue ouvert et continu et examiner comment l'approche Buurtzorg s'adapte aux besoins.

Les discussions inter-organisationnelles ont été retardées en raison de la pandémie et de la capacité tout au long de 2020.

**Code :** RW152-152LICT  
**Thème :** TIC

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Nous avons constaté que le processus de gestion des congés annuels était trop complexe. L'autorisation des congés prend trop de temps.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il faut simplifier les processus qui sont gérés sur Zone Standard. La plateforme gère les congés annuels et les absences maladie et effectue le reporting pour les services de paie. Ce travail de simplification est en cours.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Le projet est en cours et est soutenu par notre back-office.

Des réunions sont organisées pour résoudre les problèmes.

**Code :** RW153-153LICT

**Thème :** TIC

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

La gestion de l'information est un défi à relever.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous utilisons Zone Standard, ce qui nécessite un réalignement sur le service par le biais de la fonction back-office.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Projet en cours.

**Code :** RW154-154LICT  
**Thème :** TIC

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Une infrastructure est nécessaire pour soutenir les outils informatiques des équipes basées dans les cabinets de médecine générale et dans des locaux extérieurs.

Les équipes travaillant dans les cabinets de généralistes ne peuvent actuellement pas se connecter au serveur hébergé car elles ont un accès limité à l'informatique de bureau.

Il y a un manque d'accès à Internet en dehors de la solution informatique en cloud sur certains sites, ce qui entraîne des restrictions pour des outils comme Skype, qui nécessite que le personnel ait accès à Internet.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

L'équipe informatique du cabinet généraliste se chargera du PC et de l'hébergement de la ligne et l'équipe informatique de l'organisation se chargera de mettre les systèmes sur le PC.

Nous utilisons des hotspots limités et attendons l'installation d'un port internet. L'équipe informatique a désormais fourni l'accès au site désigné.

Avec l'utilisation de technologies plus récentes et du Wi-Fi, nous continuerons à considérer ce défi comme un obstacle potentiel, mais la question précédente n'est plus pertinente.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Les parties concernées sont actuellement toujours en discussion avec l'équipe de médecine générale. L'équipe d'infirmières de quartier utilise des solutions informatiques mobiles pour travailler à partir de la base jusqu'à ce qu'une solution filaire puisse être approuvée.

Nouveau matériel avec connectivité compatible avec les cartes SIM, décembre 2020 ; à revoir au fur et à mesure du déploiement des équipes.

**Code :** RW155-155LICT  
**Thème :** TIC

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Matériel informatique pour les nouveaux arrivant : Surface Go.

Le formulaire en ligne demande les coordonnées du candidat (numéro de téléphone et courriel). Ceux-ci ne sont pas connus au moment de remplir le formulaire.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Le responsable du soutien aux projets demande désormais ces informations dans le cadre de la fonction de back-office pour le traitement des nouveaux arrivants. Le formulaire en ligne est rempli avec les détails requis.

Le numéro de téléphone et le courriel personnels du candidat (fournis par l'équipe RH) sont maintenant saisis.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Nous allons maintenant surveiller cette configuration de travail, car précédemment TBC avait été ajouté et le coach avait été sollicité pour récupérer l'équipement, mais le courriel ne mentionnait pas le nom des membres du personnel, ce qui avait retardé la récupération de sa Surface Go par le membre du personnel.

**Code :** RW156-156LICT

**Thème :** TIC

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Le téléphone portable d'un membre du personnel n'est pas facile à transférer s'il change d'équipe. Ce processus dépend du fait que le responsable du soutien aux projets soit informé des transferts internes et lance alors le processus.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Le responsable du soutien aux projets demande, dans le cadre de la fonction de back-office, le traitement des téléphones du personnel transféré entre les équipes internes. Les formulaires en ligne sont remplis avec les détails requis.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW157-157LICT  
**Thème :** TIC

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

La mise à disposition d'un téléphone portable pour les nouveaux arrivants dépend de l'envoi aux nouveaux arrivants de l'adresse e-mail du TICC et de leur propre e-mail pour lancer le processus de recrutement.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Le responsable du soutien aux projets demande, dans le cadre de la fonction de back-office, le traitement des nouveaux arrivants. Ils remplissent le formulaire en ligne avec les détails requis.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Il s'agit d'un travail en cours, soutenu par l'équipe du back-office.

**Code :** RW158-158CBICT  
**Thème :** TIC

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Configuration de nos systèmes existants pour correspondre à la taxonomie Omaha tout en gardant une facilité d'utilisation pour le personnel de terrain.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il a été considéré comment d'autres systèmes peuvent être configurés pour soutenir Omaha dans le renouvellement de notre équipement informatique.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Une option de fournisseur privilégiée a été identifiée dans l'une des organisations britanniques et le projet est entré en service en janvier 2021.

Nous avons intégré l'approche Ohama dans nos nouveaux systèmes informatiques, simplifiant l'informatique pour que les cliniciens puissent consacrer plus de temps aux patients. Des plans importants existent pour simplifier l'informatique pour les cliniciens.

Évaluation unique configurée avec Omaha.

Mesures des résultats incluses dans Omaha à intégrer dans notre plan.

**Code :** RW159-159LICT  
**Thème :** TIC

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Approvisionnement : Commande de SBS. Il existe un principe hiérarchique dans les règles de financement du NHS, qui requièrent l'approbation des supérieurs hiérarchiques pour les commandes.

L'autorisation et la gestion du budget posent des problèmes aux équipes TICC.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous disposons désormais d'un soutien dédié aux équipes d'infirmières de quartier par un membre de l'équipe chargée des achats.

L'autorité d'approbation mise en place doit être examinée.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Il s'agit d'un travail en cours, soutenu par l'équipe du back-office.

Il s'agit d'une solution de rechange afin de réduire la charge de travail du personnel clinique et la solution à long terme est en cours d'élaboration.

**Code :** RW160-160LICT  
**Thème :** TIC

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Il est nécessaire d'examiner et de réviser la stratégie et les outils de communication pour soutenir la transformation et la refonte des équipes d'infirmières de quartier, du centre des services opérationnels et du centre des services de back-office.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Des solutions sont en cours d'élaboration, avec des discussions sur l'utilisation du système Actualised Living et des Wikis.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Les communications sont inadéquates dans l'ensemble de notre service.

Nous envisageons d'utiliser le système Actualised Living pour nos annuaires internes.

Pour les appels visio, nous utilisons maintenant MS Teams plus efficacement.

**Code :** RW161-161LICT  
**Thème :** TIC

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Le processus de gestion des maladies est actuellement trop complexe. Nous devons mettre en place un processus simple pour le personnel qui peut déclencher des étapes informelles et formelles.

Il y a un manque d'avertissement en cas de recrudescence de la maladie.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous devons trouver une solution simple pour gérer ce processus.

Zone Standard est l'outil que nous utilisons actuellement pour gérer les congés annuels et les absences maladie. Il permet également d'établir des rapports pour la gestion de la paie.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Il s'agit d'un travail en cours, soutenu par l'équipe du back-office.

Des réunions sont organisées pour résoudre les problèmes.

**Code :** RW162-162LICT  
**Thème :** TIC

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Lorsque le personnel change d'équipe, le processus que nous avons pour les changements d'uniforme pose des problèmes. Nous comptons sur le fait que le responsable du soutien aux projets soit informé du transfert interne pour lancer le processus.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Le responsable du soutien aux projets demande, dans le cadre de la fonction de back-office, le traitement du transfert de personnel entre les équipes internes. Les formulaires en ligne sont remplis avec les détails requis.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW163-163LICT  
**Thème :** TIC

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

En ce qui concerne l'uniforme pour les nouveaux arrivants, les équipes ont besoin que le TICC leur envoie le courriel de la nouvelle date d'entrée en fonction pour lancer le processus de recrutement.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Le responsable du soutien aux projets envoie les demandes dans le cadre de la fonction de back-office pour le traitement des nouveaux arrivants. Le formulaire en ligne est rempli avec les détails requis.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Il s'agit d'un travail en cours, soutenu par l'équipe du back-office.

**Code :** RW164-164LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Notre équipe de direction des soins infirmiers cliniques est sollicitée pour soutenir et faciliter la formation, la mise à jour des pratiques fondées sur des preuves, l'examen de l'impact des modifications de la législation, la mise en œuvre de nouvelles pratiques actuellement soutenues par les ressources au sein des équipes d'aide et de soins à domicile.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous tâchons d'étudier les activités qui peuvent être réaffectées au back-office, ce qui nécessite le développement d'outils de communication et de mécanismes de retour d'information plus appropriés avec les équipes d'infirmières de quartier.

1. Présence d'un responsable de la communication au sein de chaque équipe d'infirmières de quartier
2. Rôle des responsables cliniques
3. Communication au sein des équipes

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Pour l'instant, nous avons mis en place des solutions de contournement qui nécessitent le développement d'un accès plus intelligent pour les cliniciens ; une solution plus permanente est en cours de développement.

La mise en place d'une période de formation initiale pour les nouveaux arrivants dans le but de permettre au personnel existant d'assister à la mise à jour des connaissances cliniques et de procéder à des révisions de compétences. De nouveaux postes ont été créés pour les rôles de supervision clinique, les nouveaux arrivants et la télévision.

**Code :** RW165-165LO

**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

L'amélioration de la prestation de services de médecine générale permet aux généralistes de s'occuper de patients qui ne se trouvent pas dans leur quartier ; il est difficile d'obtenir des données démographiques sur les patients pour aider à la configuration des équipes d'infirmières de quartier.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous travaillons avec BI et la santé publique pour quantifier les populations des quartiers.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW166-166CBO

**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

### Description de l'obstacle et/ou du défi :

La fonction de « bouclier » (*Heatshield*) est nouvelle dans l'organisation ; on observe une méconnaissance de cette fonction et une difficulté à la faire reconnaître au sein de l'organisation.

### Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :

- Nous avons mis en place le rôle de bouclier ; les cadres supérieurs et les responsables de l'organisation estiment qu'il est stimulant ; les personnes occupant cette fonction peuvent renvoyer des questions relatives aux équipes auto-organisées car le rôle est plus étendu.
- Les personnes « bouclier » prônent l'auto-organisation des équipes ; ils en adoptent les principes et les rappellent aux responsables lorsque cela est nécessaire.
- Travailler avec les cadres supérieurs et les responsables de l'organisation afin d'approcher d'abord la personne « bouclier » plutôt que de s'adresser directement aux équipes.
- Le rôle de bouclier devrait former une partie du niveau de direction pour rappeler à l'organisation les principes de Buurtzorg et le mode de fonctionnement des équipes auto-organisées.
- La France n'a pas de « bouclier » en place car elle n'a pas besoin de la protection de la direction de haut niveau. Si les membres du niveau C ne partagent pas la même vision, il sera difficile de la mettre en œuvre.
- La personne en charge du bouclier est formée par Public World et le modèle et le rôle sont présentés au personnel de l'entreprise.
- Le rôle de bouclier peut s'ajouter au rôle principal JD

### Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :

**Code :** RW167-167LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

L'approbation des gestionnaires est requise lors de la commande de produits/services par des équipes internes, par exemple, locaux, télécommunications, etc.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Une solution de contournement est utilisée en ajoutant le courriel des collègues comme approbateur.

Il faut un changement complet du système pour que les équipes aient le pouvoir de décision sur le budget et en soient titulaires.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Une formation supplémentaire pour la refonte du back-office est nécessaire, ainsi que des discussions permanentes avec les services de back-office.

Nous avons encore des problèmes dans les systèmes des services de soutien (mid-office). Par exemple l'approbation des nouveaux arrivants n'est pas requise, mais pour le personnel existant, l'organisation demande toujours l'autorisation d'un coach/responsable.

**Code :** RW168-168CBO

**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Nouvelle conception du changement des attentes d'une équipe et de la manière dont les organisations soutiendront le personnel.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Un cadre est élaboré pour les équipes, qui décrit les principes dans lesquels toutes les équipes doivent travailler.

Il est à noter qu'un cadre organisationnel est nécessaire pour faire comprendre le nouveau modèle au personnel du back-office.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Nos cadres organisationnels sont en cours d'élaboration, et nous avons des réunions régulières et travaillons avec le back-office. Le cadre de travail de l'équipe est en place et les équipes le passent en revue lors des réunions d'équipe afin de résoudre les problèmes auxquels elles sont confrontées concernant cette méthode de travail.

**Code :** RW169-169LO

**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Le NHS est une organisation hiérarchique.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il faut que le PDG et les cadres exécutifs supérieurs acceptent et soutiennent le modèle.

Nous avons besoin de leur soutien pour opérer le changement organisationnel.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Ils soutiennent le développement du modèle.

**Code :** RW170-170CBO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

L'examen des processus et des conditions est actuellement effectué par des équipes qui pourraient être redirigées vers le back-office.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous travaillons avec les administrateurs et les équipes identifient les fonctions qui pourraient être redirigées vers le back-office.

Nos processus de recrutement et de nouveaux arrivants/départs ont un impact sur le personnel clinique et nous travaillons à présent en collaboration avec les RH et le back-office pour délester les équipes d'infirmières de quartier de ces fonctions.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Il s'agit d'un travail en cours, soutenu par l'équipe du back-office.

Nous avons recruté un responsable des ressources humaines pour soutenir les équipes en matière de recrutement et de questions RH.

Notre responsable du soutien aux projets soutient et accompagne les équipes dans les processus de recrutement et de départ.

**Code :** RW171-171LO

**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Maintenir les services de base tout en transformant les équipes constitue un défi.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous testons le travail rapproché/transversal avec les équipes cliniques en proposant le soutien de coaches et de responsables hiérarchiques.

Nous avons observé que les soins aux patients n'étaient pas compromis.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Ce point reste à l'étude au fil du déploiement.

La revalidation de la charge de travail est effectuée par les coaches.

Un examen des patients et des équipes environnantes est effectué avant la mise en place d'une nouvelle équipe.

**Code :** RW172-172CBO

**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les équipes d'infirmières de quartier ne disposent pas d'un tableau de bord ou d'un ensemble d'indicateurs synthétiques permettant de mettre facilement en évidence leurs performances.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

La solution consistera à créer des tableaux de bord des performances pour chaque équipe d'infirmières de quartier et un autre pour les coachs des infirmières de quartier afin de comparer les performances entre les équipes.

Ce travail demande actuellement beaucoup d'efforts.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Octobre 2019 : à inclure dans le plan de travail de la transition du back-office

Octobre 2020 : nos besoins ont été identifiés et les informations seront actuellement obtenues à partir de plusieurs systèmes pour alimenter le tableau de bord pour les équipes.

Septembre 2021 : les projets de tableaux de bord ont été partagés avec les coachs et ils seront testés avec les équipes pilotes pour avoir des retours.

**Code :** RW173-173LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Il n'est pas facile d'obtenir le soutien total du conseil d'administration concernant la nouvelle méthode de travail.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Pour ce faire, nous avons créé un « cadre » et des discussions sont menées avec l'équipe exécutive.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Les ébauches sont maintenant passées à l'équipe exécutive pour ratification et sont en attente de signature.

Ces documents ont été signés le 20 septembre 2021.

Des discussions régulières ont lieu au sein du conseil d'administration et notre PDG rencontre Jos de Blok pour obtenir des conseils et un soutien.

**Code :** RW174-174CBPR  
**Thème :** Politique et réglementation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Un changement de culture est nécessaire, d'une approche centrée sur les politiques à une approche centrée sur le travail d'équipe, d'une culture de management à une culture d'encadrement.

Il faut un cadre d'équipe et d'organisation.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous nous efforçons d'encourager un engagement plus large du personnel, et nous formons et révisons les politiques avec le soutien du personnel clé de l'organisation. Ce travail est en cours.

Nous veillons également à ce qu'il y ait une communication active, tant en interne qu'en externe, et à ce que des formations soient mises en place pour les équipes.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Nous avons des mises à jour régulières sur le TICC et la transition, nous restons en contact avec l'organisation pour nous assurer qu'ils sont tenus au courant du changement.

**Code :** RW175-175LPR  
**Thème :** Politique et règlements

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les exigences de surveillance de la Commission de la qualité des soins (CQC) ne sont pas vraiment adaptées à la nouvelle méthode de travail, avec un format d'inspection fixe et des preuves, rapports, données, etc. prédéfinis, et la CQC « devrait s'adapter pour mieux soutenir ce modèle ».

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous sommes en dialogue avec les inspecteurs et des visites sont prévues avec l'équipe, il semble y avoir une volonté de trouver des solutions.

Une table ronde sur les politiques doit être organisée avec la CQC et les responsables du Work Package 2 au Royaume-Uni pour collaborer sur les obstacles et les solutions.

Dans certains cas, les processus de la CQC devront être adaptés pour soutenir le modèle.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Nous avons organisé une table ronde le 14 janvier 2020 afin d'obtenir un soutien pour le modèle ; la CQC s'intéresse à sa mise en œuvre et note tout effet produit sur la gouvernance.

**Code :** RW176-176CBPR  
**Thème :** Politique et règlements

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Non

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les politiques peuvent avoir des implications sur le modèle de soins infirmiers de quartier et les équipes auto-organisées.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous prévoyons de procéder à un examen des politiques mené par le chef de projet, les équipes et les coaches, selon ce qui est jugé approprié, afin de nous assurer qu'elles correspondent au nouveau modèle, en prenant en compte tout impact et tout conflit potentiel.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

La question de savoir si toutes les politiques doivent être examinées est en cours d'examen.

La politique en matière d'arrêt maladie a été adoptée avec les RH et aucune autre mise à jour n'a été entreprise à ce jour. Il était nécessaire d'adapter cette politique pour les équipes de soins infirmiers de quartier.

**Code :** RW177-177CBR  
**Thème :** Processus de recrutement

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Non

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Il semble qu'il y ait une demande de temps clinique pour les processus RH entrepris par le personnel clinique. Il est également noté que le personnel a besoin de plus de soutien dans le recrutement et qu'il faut faciliter le développement des équipes qui ne possèdent actuellement pas les compétences requises pour répondre aux demandes de soins des patients.

Les membres de l'équipe ont peu voire aucune expérience en matière de recrutement.

Il y a également eu la perte d'un partenaire RH du projet TICC (31/07/2020), ce qui a entraîné une augmentation de la charge de travail pour l'équipe de gestion.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il faut un coach pour aider l'équipe à acquérir des connaissances et des compétences en matière de prise de décision afin de pouvoir effectuer des recrutements dans le respect des exigences du cadre.

Nous avons recruté un responsable RH pour aider au recrutement et répondre aux questions de RH au sein des équipes (03/06/2019).

Le partenaire RH a été réintégré (30/09/2020) et la fonction est devenue permanente (16/02/2021).

Nous sollicitons son service pour répondre aux demandes de recrutement.

Le responsable du soutien aux projets soutient les équipes et les coachs dans le cadre des processus de recrutement et de départ du personnel.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Il s'agit probablement d'un manque de compétences courant dans toute nouvelle équipe et il faut donc l'intégrer dans nos formations initiales et postérieures, etc.

L'auto-organisation est un concept nouveau et nécessite un accompagnement approfondi pour permettre aux équipes de fonctionner de manière optimale.

Le responsable RH propose un programme de formation et de soutien aux équipes auto-organisées et reste disponible pour les soutenir.

**Code :** RW178-178CBR  
**Thème :** Processus de recrutement

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Notre processus de recrutement demande beaucoup d'efforts.

Le recrutement nécessite l'autorisation des supérieurs hiérarchiques.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Cela a été révisé et pour qu'une équipe puisse recruter, elle a besoin des services de back-office pour l'aider dans l'administration.

Un soutien de back-office est en cours de développement pour soutenir les fonctions administratives.

Nous devrions supprimer cette exigence d'autorisation une fois qu'un budget pour l'équipe sera établi.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Les processus ont été retravaillés et sont désormais simplifiés et soutenus par le back-office.

**Code :** RW179-179LR  
**Thème :** Processus de recrutement

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Le recrutement vers le nouveau modèle d'équipes auto-organisées a fait l'objet d'un nombre croissant de candidatures, y compris de la part de travailleurs sans expérience des soins de proximité, ce qui constitue un défi. Le niveau d'exposition plus restreint aux questions cliniques signifie qu'il faut davantage de soutien pour garantir l'étendue des compétences et des connaissances cliniques nécessaires pour travailler à domicile et qu'il est difficile d'atteindre les niveaux de compétence et de confiance requis dans un délai raisonnable.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous avons identifié que pour conserver le personnel, il faut mettre en place des formations d'initiation plus solides et plus soutenues pour nos nouveaux membres.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Cela s'est traduit par une augmentation du personnel restant dans l'organisation et a permis de faciliter la transformation.

Un nouveau format d'initiation a été introduit en novembre 2019.

**Code :** RW180-180LREP

**Thème :** Rapports

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les contraintes en matière de rapports et d'assurance au sein du NHS sont plus lourdes qu'aux Pays-Bas et ne respectent actuellement pas le modèle Buurtzorg. En effet, il existe des exigences de rapports inutiles qui ne favorisent pas les soins ou les résultats obtenus par les patients.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous avons travaillé avec Buurtzorg et Public World pour comprendre et être en mesure de reproduire les exigences de performance afin de créer des tableaux de bord appropriés pour les équipes, les coachs et les commissaires.

Nous sommes en train de développer des mécanismes internes de rapport de performance répondant aux mesures locales.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Il faut mettre en place des systèmes informatiques qui permettent d'extraire des données sans l'intervention de l'équipe. Pour le back-office, un changement de culture et une reconfiguration auront lieu.

Des progrès ont été accomplis en ce qui concerne l'investissement dans des systèmes qui fournissent un meilleur accès aux données, des données plus opportunes et des analyses plus détaillées.

Nous sommes en train de rencontrer les commissaires locaux pour leur demander de changer leurs attentes en matière de rapports et cette réunion a été reportée au mois d'octobre.

Notre infirmière en chef devait s'entretenir avec la CQC au sujet de certaines des exigences de rapport sur lesquelles la commission insiste et de la valeur de certains des détails demandé. Nous attendons une mise à jour à ce sujet.

La période Covid a été un bon exemple de la course effrénée aux rapports, dont une grande partie ne semble pas apporter de valeur ajoutée à la prise de décision locale.

**Code :** RW181-181LW  
**Thème :** Ressources humaines

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Non

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Nous avons constaté des frictions chez certaines équipes, car elles ne sont pas toutes en mesure de faire appel à la hiérarchie externe.

Nos cadres supérieurs cliniques ont un impact négatif lorsqu'ils soutiennent les nouvelles équipes sans faciliter leur auto-organisation.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il faut renforcer la prise de conscience de l'objectif de ce projet et de l'intervention des coachs si besoin.

Nous avons besoin d'une formation complémentaire pour intégrer le modèle TICC et utiliser les coachs comme accompagnateurs et non comme managers.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW182-182LW

**Thème :** Ressources humaines

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les dossiers électroniques du personnel requièrent l'autorisation des responsables pour les formations statutaires et obligatoires.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Toutes les autorisations de formation statutaire et obligatoire ont été supprimées des dossiers électroniques du personnel.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Nos processus ont été modifiés et l'autorisation du responsable n'est plus nécessaire.

Les formations statutaires et obligatoires ne nécessitent plus d'autorisation.

**Code :** RW183-183LW  
**Thème :** Ressources humaines

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Non

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Un climat de tension s'est développé entre les deux équipes, et ce en raison de l'attitude négative des cadres supérieurs.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il a été utile de mobiliser et d'aider les cadres supérieurs à mieux comprendre le modèle afin qu'ils ne le considèrent pas comme une menace à leur propre fonction.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

D'après nos observations, il y a un impact négatif quand les cadres supérieurs ne soutiennent pas le modèle et il faut donc les impliquer davantage pour obtenir leur soutien.

Cette équipe a été dispensée. Un recrutement spécifique a été mis en place pour recruter les équipes et assurer la transition une fois qu'elles étaient bien établies.

**Code :** RW184-184LW  
**Thème :** Ressources humaines

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Non

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Consultation des équipes de mise en place : enjeu de l'identité professionnelle.

Les employés ne sont pas très enthousiastes à l'égard des soins personnels : ils estiment que ce n'est pas leur rôle.

Perception négative de l'autonomisation des soins des patients. Cela affectera-t-il leur poste ?

Le personnel senior n'apprécie pas que le personnel junior assume différents rôles non cliniques (admission/ attribution/rotation).

La communication entre les équipes de fond et les équipes infirmières de quartier ne permet pas toujours de faciliter l'intervention de la bonne équipe.

Le personnel est réticent vis-à-vis du modèle, il veut maintenir une hiérarchie et ne veut pas se détacher de la catégorie salariale et des fonctions qui lui sont propres.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Discuter du rôle de l'infirmière, du code de conduite du NMC, et comprendre les changements et l'impact de la séparation entre santé et soins.

Comprendre les risques – équilibre, capacité d'action – temps d'intégration – avantages à long terme.

Disséquer les obstacles, comprendre les compétences propres à chacun – trouver la meilleure combinaison pour l'équipe.

Implication et communication renforcée avec les équipes de base pour comprendre le modèle et les processus.

Les membres de l'équipe ne soutiennent pas toujours l'approche non hiérarchique et ne comprennent pas toujours les différences entre hiérarchie et leadership clinique.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Contribution à l'éthique du modèle : le personnel s'implique pleinement dans le modèle de santé et de soins.

Contribution à l'éthique du modèle : le personnel est moins enclin à prendre des risques, développe sa confiance dans l'autonomisation des soins du patient.

Contribution à l'éthique du modèle : lorsque ce sujet n'est plus abordé.

Entrave au développement des équipes auto-organisées.

Formation complémentaire des équipes dans l'ensemble de l'organisation.

**Code :** RW185-185CBICT  
**Thème :** TIC

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Nous avons constaté la nécessité d'une intégration des systèmes de back-office pour profiter des mêmes avantages que ceux de la plateforme Buurtzorg Web.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Des discussions commerciales sont en cours avec un partenaire qui pourrait fournir des TIC intégrées.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Nous avons identifié un fournisseur idéal pour l'un des partenaires du projet au Royaume-Uni.

Nous cherchons à intégrer l'approche Omaha dans les nouveaux systèmes informatiques, à simplifier l'informatique afin de libérer le temps des cliniciens pour qu'ils puissent se consacrer aux patients. L'organisation s'est engagée à travailler avec une société indépendante afin de simplifier les fonctions de back-office concernant l'informatique.

Nous sommes encore en train de tester une solution (Zone Standard) et ne sommes pour le moment pas en mesure de dire si elle pourrait être proposée à d'autres partenaires britanniques et internationaux éventuels.

**Code :** RW186-186LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Non

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les fonctions de nos responsables cliniques doivent être redéfinies pour mieux intégrer le soutien des équipes auto-organisées, en trouvant notamment quels outils utiliser.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Une réunion est prévue pour remanier ces fonctions, en accord avec le processus de révision des descriptions de poste.

Les rôles ne sont pas clairs, ce qui crée des tensions.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Il s'agit d'un travail en cours.

**Code :** RW187-187LO

**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Non

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

La complexité des sorties d'hôpital s'avère être un défi.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il s'agit d'un enjeu national qui pose encore problème.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Complexité accrue des besoins en santé, demande en services infirmiers de proximité, non reflétée dans l'investissement en ressources humaines. Cela nécessite une reconnaissance nationale et un réexamen des ressources à soutenir.

Question soulevée au sein des services de soins locaux et soutenue par le QNI.

<https://www.dailymail.co.uk/health/article-10198323/How-hiring-district-nurses-reduce-pressure-NHS.html?fbclid=IwAR0z5pbGjK6oVfpwfP91gydV5jOSiohK1poBbZ1x2numldSpYZUYbLBvFA>

**Code :** RW188-188LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Il existe un besoin de soutien pour les soins légers et modérés.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Au Royaume-Uni, aucun soutien n'existe concernant des soins légers et modulables pour réduire le risque que les patients aient besoin d'être hospitalisés et nous n'avons que des formules de soins standard. Dans le cadre de ce projet, nous mettons à l'essai deux postes de catégorie 2 au sein d'une équipe d'infirmières de quartier.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Cette prestation n'existe actuellement pas mais l'expérimentation d'un tel modèle pourrait donner des résultats positifs.

Deux postes de catégorie 2 à l'essai pour porter un projet pilote.

**Code :** RW189-189LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Non

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les rôles de l'équipe de soins infirmiers de quartier doivent être définis pour clarifier la distinction entre les fonctions opérationnelles du back-office et les fonctions de l'équipe de soins infirmiers de quartier.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Un travail initial est en cours pour clarifier et établir des prototypes de rôle afin d'inclure les besoins de formation et de développement.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Les rôles ne sont pas clairs et cela crée des tensions dans l'équipe.

**Code :** RW190-190LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

L'équipe pilote n'est pas en mesure d'accéder à des bureaux convenables.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous élaborerons une liste de critères pour évaluer si des locaux peuvent convenir aux équipes.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

L'équipe a maintenant déménagé à WBC, mais il faut établir un processus à long terme et cela a été réclamé par l'équipe en charge de la gestion des locaux.

**Code :** RW191-191LPR  
**Thème :** Politique et règlements

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Non

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les infirmières ne sont pas en mesure de retirer ou de livrer des médicaments au domicile des patients.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Une révision de la politique est nécessaire.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

À l'étude.

**Code :** RW192-192LICT  
**Thème :** TIC

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

RH

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous avons recruté un responsable RH pour soutenir les équipes en matière de recrutement et répondre aux questions RH au sein des équipes.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Nous sollicitons le service du responsable RH pour répondre aux demandes en matière de recrutement.

Le responsable du soutien aux projets accompagne les équipes et les coachs dans les processus de recrutement et de départ du personnel.

**Code :** RW193-193LR  
**Thème :** Recrutement

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les compétences et le recrutement traditionnels des professionnels de soins à domicile encouragent des structures hiérarchiques et sont contraires aux principes d'équipes auto-organisées.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous pensons que la solution consiste à se concentrer sur les compétences et les connaissances plutôt que sur les catégories salariales lors du recrutement, en limitant les annonces de poste aux infirmières de quartier et aux aides-soignantes de quartier dont la rémunération, et non le titre, reflètera l'étendue des qualifications, des compétences et des connaissances.

Les descriptions de poste délimitent les qualifications et les rôles généraux conformément aux codes de conduite applicables.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Les descriptions de poste de l'infirmière et de l'aide-soignante de quartier ont été remaniées.

**Code :** RW194-194REF  
**Thème :** Patients référés

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

De nouveaux patients référés se sont ajoutés à la charge de travail malgré les nombreuses demandes de l'équipe d'encadrement pour que cela ne se produise pas.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Des processus sont en cours de création pour protéger les nouvelles équipes de l'arrivée de nouveaux dossiers.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW195-195LW

**Thème :** Ressources humaines

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Nous avons perdu notre partenaire RH dans le cadre du projet TICC, ce qui a entraîné une augmentation de la charge de travail pour la direction.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Le partenaire RH a été réintégré.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW196-196LW  
**Thème :** Ressources humaines

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Un patient en soins palliatifs a téléphoné à Medocc pour une injection palliative pendant le week-end mais l'appel n'a pas été transmis à l'accueil téléphonique de l'équipe d'infirmières de proximité ; au contraire, l'infirmière communautaire est allée voir le patient sans contacter l'équipe, voyant sur le tableau de service qu'une aide-soignante était de service.

L'équipe avait un système de compagnonnage pour cette opération. Ainsi, si l'infirmière avait appelé l'équipe, l'équipe aurait pu faire la visite, mais c'est l'infirmière seule qui l'a faite.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous sommes donc en train de repenser la communication concernant les processus des équipes de soins de proximité avec d'autres équipes de terrain.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Nous devons poursuivre la formation des équipes dans toute l'organisation.

Des défis existent dans le passage des équipes de terrain de soins infirmiers à domicile à des soins infirmiers de quartier.

**Code :** RW197-197LC  
**Thème :** Contrats

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Contrats NHS : il existe de multiples exigences en matière de rapports.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous travaillons avec BI pour saisir les données nécessaires en arrière-plan pour les cliniciens sur le nouveau système.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Nos premières discussions ont porté sur la compréhension de la portée.

Il y a un blocage du nombre de licences disponibles pour le personnel.

Nous travaillons à l'élaboration du tableau de bord des soins infirmiers de quartier.

**Code :** RW198-198LF  
**Thème :** Financement

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Non

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Ce modèle vient en soutien des infirmières qualifiées qui fournissent des soins de santé et autres et nous craignons que le déploiement proposé n'entraîne une hausse des dépenses budgétaires.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il sera donc important de travailler en collaboration avec les services sociaux et les commissaires afin de trouver un moyen d'en démontrer les résultats positifs sur les secteurs plus larges de la santé et des services sociaux.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Les aspects financiers de ce mode de fonctionnement devront venir en appui de la demande clinique.

Nous tiendrons compte de cela lors du déploiement dans l'ensemble de l'organisation.

**Code :** RW199-199LF  
**Thème :** Financement

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Non

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les nouvelles équipes qui ont besoin d'espace de bureau rencontrent des difficultés car on leur a dit qu'il n'y avait pas d'espace disponible, ni de financement pour trouver une alternative.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

L'équipe des soins infirmiers de quartier a identifié un bureau utilisé comme entrepôt et serait heureuse de le partager avec de l'équipement de rangement à si celui-ci pouvait être déplacé pour permettre un espace de travail efficace autour.

Une alternative trouvée était un espace de bureau externe mais son coût était trop élevé.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Pour le moment, le back-office ne nous soutient pas suffisamment pour relever ce défi.

Il nous faut identifier ce qui nous paraît être des coûts raisonnables et examiner le plan à long terme de redéploiement du personnel hors des bureaux centralisés.

Après de nouvelles discussions et explications avec le département de gestion des locaux sur l'impact que cela a sur les équipes, un espace a maintenant été convenu. Cela prouve une fois de plus qu'il est nécessaire de communiquer avec toutes les parties prenantes.

Nous organiserons des discussions pour déterminer l'enveloppe financière de tout nouveau local, ce qui donnera aux équipes plus de flexibilité et d'options, et améliorera la rapidité avec laquelle elles peuvent prendre des décisions.

**Code :** RW200-200LF  
**Thème :** Financement

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Dans l'un de nos nouveaux espaces de bureaux, des défis devaient être relevés concernant l'adéquation de la pièce. L'équipe avait soulevé des problèmes comme le besoin de stores pour remplacer le verre dépoli, avec lequel il était difficile de travailler, les imprimantes ne fonctionnaient pas, et ainsi de suite.

Bien qu'elle ait fait part de ses problèmes pendant plus d'un an, rien n'a été fait. L'équipe n'a pas été entendue.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Le service informatique est maintenant intervenu pour résoudre les problèmes liés aux imprimantes.

Les équipes ont besoin d'avoir quelqu'un avec qui aborder ces questions et le développement du back-office peut y contribuer considérablement.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW201-201LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Des difficultés ont été rencontrées par deux équipes distinctes essayant de travailler dans le même bâtiment.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW202-202LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Un défi que nous avons repéré est le fait que les demandes de remboursement des frais kilométriques doivent être signées par un responsable.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous nous sommes demandé s'il fallait vraiment que les demandes de remboursement de frais kilométriques soient signées par un responsable et nous avons décidé que l'équipe devrait pouvoir les signer et en assurer le suivi.

Une solution de contournement est actuellement en place pour réduire la charge du travail administratif supplémentaire pour le personnel clinique et une solution à long terme est en cours d'élaboration par le back-office.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

L'informateur de l'équipe est désormais responsable de l'approbation des demandes de remboursement de frais kilométriques et de dépenses de l'ensemble de l'équipe.

**Code :** RW203-203LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Non

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

La mise à disposition des tableaux de bord des équipes de soins infirmiers de quartier a constitué un défi.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous avons passé du temps à comprendre quels étaient les exigences et comment les informations pouvaient être obtenues à partir de multiples systèmes. Nous avons réussi à rassembler tout cela pour les tableaux de bord.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

C'est une tâche qui demande beaucoup de travail.

Nous avons inclus cela dans le plan de travail de la transition du back-office.

**Code :** RW204-204LPR  
**Thème :** Politique et règlements

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

L'ensemble du système saisit les défis liés à l'administration des médicaments pour les patients quittant l'hôpital.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous avons mis en place un groupe de travail inter-organisationnel dont le rôle sera d'identifier des solutions pour faciliter une meilleure gestion de la médication pour ce groupe de patients.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Ce travail a permis d'améliorer la gestion de la médication pour les patients à leur domicile.

Une réunion a eu lieu le 25 novembre 2019 pour en discuter et prendre des dispositions, mais ce travail a été interrompu par la pandémie.

**Code :** RW205-205CBREF  
**Thème :** Patients référés

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les patients peuvent suivre trois parcours de soins différents en ce qui concerne la sortie de l'hôpital, ce qui est complexe. Dans un premier temps, nous avons commencé à prendre en charge des patients de l'hôpital, puis nous nous sommes rapprochés d'autres services devant aussi être impliqués, ce qui touche à la fois l'organisation et la prestation de services. Le patient se retrouve face à une multitude d'équipes de santé et de soins.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous devons simplifier le système des parcours de soin et références menant à l'équipe.

Cela reste un travail en cours.

En France, un coordinateur de patients s'occupe des familles et des hôpitaux.

Nous envisageons de travailler avec les patients pour qu'ils contactent les équipes afin de leur faire savoir qu'ils sont prêts à sortir et qu'elles puissent ainsi ensuite aider à coordonner la sortie avec les différents réseaux formels.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Alors que nous sommes dans une période de transition d'un modèle à l'autre, nous avons des processus doubles. L'objectif est toutefois que les équipes de soins infirmiers de quartier permettent un contact direct entre les patients et les médecins généralistes.

Les patients et les familles disposeront des numéros de téléphone des équipes de soins infirmiers de quartier basées dans le cabinet du médecin généraliste.

Il est nécessaire de revoir le processus de sortie d'hôpital.

**Code :** RW206-206LSM  
**Thème :** Auto-organisation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

L'équipe n'a pas été en mesure de développer un modèle d'auto-organisation en raison de l'augmentation de la demande/du nombre de visites de patients.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous nous sommes assurés que les nouvelles équipes constituent progressivement leur charge de travail pendant la phase de mise en place, et que les équipes traditionnelles comprennent qu'elles doivent constituer leur charge de travail de manière plus mesurée pour pouvoir intégrer cette nouvelle méthode de travail.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Nous avons fait appel à des coachs et un processus a été mis en place pour soutenir une équipe venant d'entamer sa transition.

**Code :** RW207-207LW  
**Thème :** Ressources humaines

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Pendant la pandémie de Covid-19, le personnel devait s'isoler s'il était testé positif à la Covid 19 ou s'il relevait de la catégorie des personnes à risques, ce qui a eu un impact sur les ressources/capacités au sein des petites équipes.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous cherchons des moyens d'appuyer le personnel « bouclier » qui souhaitait travailler ; ils ont pu trouver de l'aide pour faciliter les soins prodigués aux patients avec des effectifs plus petits.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Les petites équipes ont rencontré des difficultés dans le maintien de leur prestation de services pendant la pandémie.

Nous avons introduit un service d'orientation au domicile des patients pour que le personnel puisse le réaliser. Les passations entre équipes et les réunions ont été effectuées à distance pour permettre une communication ouverte au sein des équipes.

Nous devons intégrer la continuité des activités pour assurer la couverture du service.

Le TVN a conçu des dépliants et des plans de soins pour aider les patients à s'auto-administrer les soins.

**Code :** RW208-208LW  
**Thème :** Ressources humaines

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Non

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

La charge de travail a été transférée trop rapidement de notre équipe traditionnelle d'aide et de soin à domicile à la nouvelle équipe de quartier, entraînant des visites manquées et une incapacité à examiner efficacement les patients en raison du nombre élevé de visites.

Cela a conduit à une enquête pour éventuel incident grave, résultat de l'aggravation des effets néfastes de la pression due au mélange de compétences et à l'absence de plans de traitement.

Nous avons également constaté que la sortie de patients des dossiers à traiter par des personnes extérieures à l'équipe entraînait des visites manquées.

Les faibles effectifs dus à l'initiation de certains membres de l'équipe ont entraîné une augmentation des visites pour les membres de l'équipe qui n'étaient pas en formation, ce qui a conduit les professionnels de soins à revenir à l'ancien modèle en raison du nombre élevé de dossiers.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il était important de préciser que les dossiers à traiter de la nouvelle équipe nécessiteraient un encadrement au goutte-à-goutte le temps qu'elle prenne ses marques et développent les compétences liées aux nouvelles méthodes de travail.

En ce qui concerne le problème du processus, il a été corrigé grâce à une communication renouvelée entre les équipes.

Nous avons noté les risques qu'implique de devoir concilier des demandes concurrentes et nous nous sommes tournés vers le soutien mutuel des équipes de base.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Cela pourrait empêcher une transition efficace vers la nouvelle méthode de travail.

Révision du système et sensibilisation au fait que les équipes sont responsables des dossiers et ne doivent s'en décharger que lorsque c'est exigé.

Il est nécessaire de poursuivre la formation des équipes dans l'ensemble de l'organisation.

**Code :** RW209-209LRR

**Thème :** Recrutement et maintien du personnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Historiquement, les soins à domicile ont toujours été une véritable éponge qui prend tout ce qui n'est pas pris en charge ailleurs dans la communauté, ce qui signifie qu'il est difficile de gérer la demande pour ce service.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il est nécessaire de réorienter vers des centres de consultation tous les patients mobiles qui ont été pris en charge jusque-là sans avoir fait l'objet d'une demande des commissaires de santé. Cela dégage des ressources à partir des espaces nouvellement vacants dans les soins à domicile, ce qui est nécessaire puisque les commissaires semblent ne pas vouloir combler les lacunes dans ce service.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW210-210CBO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Non

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Le personnel trouve qu'il est difficile d'être ouvert et honnête et d'avoir des discussions délicates entre membres.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

La solution consiste à poursuivre les exercices de renforcement de l'esprit d'équipe et le soutien du coach et du chef de projet pour faciliter des conversations ouvertes et honnêtes.

Information complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :

L'auto-organisation est un concept nouveau pour les organisations partenaires et nécessite un accompagnement approfondi pour permettre aux équipes de fonctionner de manière optimale pendant la phase de mise en place.

Les équipes utilisent l'approche « Méthode d'interaction axée sur les solutions » (SDMI) pour leurs conversations, mais cela prend du temps à assimiler. Les coachs reviendront voir les équipes six semaines après leur mise en service pour apporter leur aide là où le besoin se fait sentir.

Une organisation a également mis en place des journées « Keeping it blue » pour bien réintégrer les principes du TICC et de la SDMI une fois tous les six mois ou lorsque cela semble nécessaire.

**Code :** RW211-211LW  
**Thème :** Ressources humaines

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

La démographie des équipes d'infirmières de quartier a un impact sur la réponse aux besoins locaux.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous travaillons avec les autorités de santé publique pour fournir des profils démographiques des quartiers afin d'aider à l'identification et l'affectation des ressources humaines appropriées.

Les données démographiques de l'équipe pilote, y compris la morbidité et la mortalité, ont été définies, ce qui garantit que le plan de travail de l'équipe d'infirmières de quartier comprendra la formation et l'identification des besoins en soutien. Cette méthode doit s'appliquer pour le déploiement de toutes les équipes.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Cette méthode n'a pas été utilisée pour le déploiement d'autres équipes, car nous avons fait appel à l'AMV et à nos équipes de prescription sociale, ainsi qu'à celles qui sont en contact avec les communautés locales.

**Code :** RW212-212CBW  
**Thème :** Ressources humaines

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

La différenciation entre expertise hiérarchique et expertise clinique est difficile.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Le changement de culture, l'encadrement et la formation font la différence face à ce défi.

Intégrer un cadre et le coaching ; apprendre, en tant qu'organisation, ce que l'on attend de l'équipe ; s'assurer que tout le monde est sur un pied d'égalité. L'organisation doit donner le bon exemple, montrer qu'elle n'agit pas comme s'il y avait une hiérarchie.

Il y a encore beaucoup à faire pour soutenir la pensée critique et le défi positif entre les membres de l'équipe, en faisant appel à la Méthode d'interaction axée sur les solutions.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Nous devons questionner le calendrier de la transition et s'assurer de l'étendue de son champ d'application.

L'utilisation de la SDMI dans la pratique quotidienne deviendra la norme pour les équipes et les coachs.

Nous avons compris qu'en tant qu'équipe, les membres étaient responsables de la prise de décision et qu'en tant que cliniciens, il y a une différence dans les niveaux d'éducation, c'est-à-dire, enregistré/non enregistré, mais cela n'affecte pas l'égalité des voix dans l'équipe.

La gouvernance nous transcende et l'adhésion au code de conduite du NMC/code de conduite de l'HCA relève de la responsabilité de chacun et doit être intégrée dans le cadre organisationnel.

L'auto-organisation est un concept nouveau et nécessite un accompagnement approfondi pour permettre aux équipes de fonctionner de manière optimale.

**Code :** RW213-213LICT  
**Thème :** TIC

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :**

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Il est difficile de mettre en œuvre une solution informatique intégrée pour le back-office qui offre des avantages et des gains de temps comparables à ceux de la solution BZ Web.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Le modèle informatique de référence pour appuyer le modèle de soins Buurtzorg et maximiser le gain de temps consiste à disposer d'un système informatique unique capable de saisir les informations du dossier électronique du patient et toutes les fonctions informatiques de back-office pertinentes (par exemple, RH, trésorerie, achats).

La plateforme « Buurtzorg Web » répond à ce besoin pour les organisations néerlandaises et « Buurtzorg Web International » pour les autres langues.

Chaque organisation part d'une position différente. Certaines organisations peuvent déjà disposer d'un système intégré de dossier électronique du patient et de planification des ressources de l'entreprise, tandis que d'autres peuvent avoir plusieurs solutions différentes, chacune assurant une fonction spécialisée.

Les organisations devraient bénéficier d'une démonstration de la solution Buurtzorg Web comme modèle à viser.

Les organisations doivent ensuite comparer cette solution à leur(s) solution(s) informatique(s) existante(s) pour évaluer les différences et les changements nécessaires. Il se peut que les systèmes existants puissent être adaptés ou qu'il faille acquérir un système unique ou une combinaison de systèmes. Dans le cas de l'acquisition de systèmes informatiques alternatifs, il faut veiller à identifier la durée des contrats existants et les clauses de sortie afin de déterminer la rapidité avec laquelle le changement vers d'autres fournisseurs informatiques pourrait être effectué. La détermination de l'ampleur de la formation des utilisateurs sera également un élément clé de la planification lors de la mise en œuvre de cet aspect du programme de changements qu'exige le modèle Buurtzorg.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW214-214LO

**Thème :** Organisation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

La coupe des ongles n'était pas prévue auparavant, ce qui entraîne des retards dans la prestation des soins.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Suite à l'identification de cette difficulté, une formation d'équipe a été mise en place.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW215-215LR  
**Thème :** Recrutement

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Notre processus de démarrage est actuellement compliqué, et il faut du temps aux cliniciens pour obtenir l'équipement de base, notamment un accès au téléphone portable et à l'informatique.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous prévoyons de fournir un meilleur soutien administratif et de libérer les cliniciens de ces tâches.

Notre responsable du soutien aux projets remplit notre nouveau « formulaire de requêtes pour la journée d'accueil » afin de s'assurer que le nouveau membre a tout ce dont il a besoin pour commencer.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Il est également prévu de fournir un meilleur soutien administratif et de supprimer les tâches inutiles des cliniciens. Notre responsable du soutien aux projets organise l'équipement des nouveaux membres, les formulaires et les documents qui sont ajoutés à PF et un point de contact au sein de l'équipe à contacter.

**Code :** RW216-216LPR  
**Thème :** Politique et réglementation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Nous avons trouvé difficile, pendant la pandémie, de garantir l'accès aux EPI et de fournir des conseils au personnel.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Le personnel a créé un groupe de chat sur WhatsApp pour l'équipe d'infirmières de quartier afin de diffuser rapidement des informations aux équipes et de les mettre au courant de l'endroit où se procurer les EPI.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Cette question a été discutée avec toutes les équipes d'infirmières de quartier afin de déterminer la meilleure façon de transmettre l'information. Le processus est en train d'être ajouté à Zone Standard afin de simplifier le processus et il sera maintenu à l'étude.

**Code :** RW217-217LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les équipes ne pouvaient pas passer de commandes hors catalogue pour les commandes SBS et, au début, le personnel n'est pas sûr de ce qui peut être acheté parmi les fournitures NHS.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous avons élaboré un catalogue avec l'équipe chargée des achats pour les équipes d'infirmières de quartier. Nous organisons également une formation de rappel sur le système de commande.

Une formation SBS a été dispensée aux personnes exerçant le rôle d'aide à domicile et à celles qui passent des commandes sur le système.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Une première réunion a eu lieu le 16/11/2020 et a abouti à la décision de produire idéalement un catalogue pour les articles consommables afin de rendre le système plus convivial. Des réunions sont en cours.

**Code :** RW218-218LO

**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Il est nécessaire de revoir les descriptions de poste des cadres supérieurs dans le cadre de la transformation des soins locaux.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous devons élaborer des descriptions de poste spécifiques qui réduisent la structure hiérarchique, mais nous devons également continuer à utiliser les connaissances des membres seniors. (Les infirmières cliniciennes gestionnaires de la catégorie 7 font partie de la structure historique.)

Le passage à un nouveau modèle nécessite de redéfinir les rôles principaux au sein du service.

Nous avons également recruté aux rôles de Prévention et contrôle des infections (PCI), de Supervision clinique et de Facilitateur d'intégration.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Nous avons dû avoir des discussions ouvertes et franches avec l'équipe de direction et des descriptions de postes seront élaborées au fur et à mesure du déploiement.

Des discussions initiales ont eu lieu et le responsable PCI est maintenant en place pour le service.

**Code :** RW219-219LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Non

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Il existe un certain nombre de rôles de liaison tels que Démence, Prévention et contrôle des infections, Protection de l'enfance, Gastroentérologie, Compétences, etc. qui nécessitent tous une implication clinique.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Cette situation n'est pas viable avec le nouveau modèle. Nous devons revoir nos processus de back-office pour soutenir les cliniciens et être en mesure de diffuser les mises à jour en fonction des besoins des équipes.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Il s'agit d'un travail en cours. L'informateur/développeur de l'équipe est chargé d'assurer la liaison avec l'ensemble de l'organisation pour diffuser l'information. Le recrutement d'une infirmière PCI permettra de soutenir les équipes en matière d'audits, de formation et de gouvernance concernant le contrôle des infections. Nous devons réfléchir à la manière dont nous allons le communiquer aux équipes.

**Code :** RW220-220CBO

**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

La position de coach est un nouveau rôle dans le service. Comprendre le rôle, offrir une formation appropriée, rédiger une description de poste correspondante et évaluer/approuver le classement dans la structure salariale font partie du défi.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous travaillons avec les coachs Buurtzorg et Public World et cela nécessitera d'accéder à la formation développée par Buurtzorg et Public World, le modèle ne correspondant pas à la formation traditionnelle des coachs. Nous devons rédiger des descriptions de postes et les proposer pour évaluation, approbation et ratification.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Nous sommes activement engagés dans la formation et le soutien.

Une formation de coach a été mise en place et entreprise avec Public World et Buurtzorg. Nous avons également terminé la rédaction de la description du poste.

Nous devons ensuite revoir notre plan de formation pour les coachs supplémentaires.

**Code :** RW221-221LW  
**Thème :** Ressources humaines

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

La structure de paiement des services d'astreinte constitue un obstacle.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous discutons de différents modèles plutôt que de nous en tenir au niveau de paiement traditionnels, etc.

L'auto-organisation est un concept nouveau et nécessite un accompagnement approfondi pour permettre aux équipes de fonctionner de manière optimale.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Les équipes sont tenues par le cadre de fournir un service de 7 h à 19 h, ce qui exige une certaine flexibilité dans les tournées et les horaires. Le rôle de professionnel de soin de quartier MNNT a été remanié pour couvrir les heures de fermeture.

**Code :** RW222-222LW

**Thème :** Ressources humaines

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Le déploiement des équipes et la nécessité d'adapter la formation aux nouvelles équipes.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous avons créé des formations virtuelles et les avons dispensées aux équipes à la place des formations en face à face, et nous avons proposé des entretiens individuels à distance en soutien supplémentaire.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Nous avons modifié l'offre de formation en la rendant accessible en ligne et en communiquant à distance tant avec les individus qu'avec les équipes.

**Code :** RW223-223LO

**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les équipes d'une organisation ont rencontré un problème quant à l'étendue de leurs attributions, qui pourrait avoir un impact sur les effectifs.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nos solutions consisteront à travailler en collaboration avec les équipes internes pour élaborer des solutions.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Discussions et formations avec les équipes de soins à domicile afin de les former davantage aux principes du TICC et de leur proposer des stages (shadowing) au sein d'une équipe TICC.

**Code :** RW224-224LPR  
**Thème :** Politique et réglementation

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Des niveaux complexes et élevés de réalisation de rapports sont actuellement nécessaires pour répondre aux exigences de surveillance de la direction clinique.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous devons cependant examiner les exigences de la hiérarchie et nous demander s'il est possible de les simplifier, d'où nous pouvons le mieux saisir les données, quelle est la manière la plus simple de saisir les informations de la documentation clinique requise, comment nous pouvons mieux revoir ces exigences, comment nous pouvons créer ces informations d'une manière qui demande moins de travail clinique.

Nous devons revoir la gouvernance clinique.

Nous avons également réfléchi à la mise en place d'un nouveau rôle, celui de responsable du service au sein du partenariat de soins intégrés.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Les réunions et ateliers correspondants sont en cours.

**Code :** RW225-225LPR  
**Thème :** Politique et règlements

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Non

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Administration des médicaments dans les services sociaux : les collègues de l'aide sociale peuvent donner des conseils sur l'administration des médicaments, mais ils ne les administrent pas eux-mêmes.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Les partenaires britanniques examinent les pratiques au niveau local.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW226-226LO  
**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** ROYAUME-UNI

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :**

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

On dit que la bureaucratie inutile détruit la valeur d'innombrables façons, notamment en ralentissant la résolution des problèmes, en décourageant l'innovation et en détournant d'énormes quantités de temps pour faire de la politique et « travailler le système ».

Le NHS tel qu'il est actuellement organisé est excessivement complexe, sur-réglementé et génère des coûts par acte substantiels. Les efforts actuels visant à rationaliser et simplifier l'organisation du NHS en Angleterre devraient se poursuivre et pourraient, en temps voulu, nécessiter des modifications de la législation.

Il y a des problèmes à résoudre d'une dimension plus large encore, mais afin de mettre en œuvre les principes de Buurtzorg au sein des équipes à domicile, nous nous sommes concentrés sur les aspects de la bureaucratie organisationnelle qui pesaient inutilement sur les cliniciens, ralentissaient la réalisation des objectifs, utilisaient inutilement les ressources de gestion clinique et celles de l'institution.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Diverses solutions ont été identifiées à l'aide d'outils technologiques tels que des systèmes de signature unique, un système de catalogue plus facile pour commander des articles divers, de nouveaux formulaires en ligne pour remplacer les multiples formulaires papier. Voir le document Word pour plus d'informations.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Voir document Word « D2.2.4 PP5 Tackling Hierarchical Bureaucracy within organisations »

**Code :** RW227-227CBR  
**Thème :** Recrutement

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les équipes sont responsables de l'embauche de nouveaux collègues avec le modèle Buurtzorg, mais il est difficile de deviner qui sera ou non un bon collègue. Il y a eu des erreurs de recrutement qui ont eu de lourdes conséquences. Une fois l'erreur commise, il n'est pas facile de licencier la personne et le résultat est que la prochaine fois, l'équipe sera plus réticente à engager un nouveau collègue.

Nous avons parfois constaté que les équipes préfèrent refuser de nouveaux patients plutôt que de prendre le risque d'engager un mauvais collègue.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous avons besoin de clarifier quelques étapes simples à suivre pour minimiser les erreurs de recrutement.

Nous devons anticiper davantage sur les besoins en recrutement ; lorsqu'il y a des contraintes de temps, nous devons garder à l'esprit qu'il y a alors un risque d'engager les mauvaises personnes et que nous ne devrions pas simplement recruter parce que nous avons besoin de quelqu'un.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW228-228CBSM  
**Thème :** Auto-organisation

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les membres de l'équipe n'ont jamais été habitués à une communication directe entre collègues.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il faut du temps, des formations et des interventions de coaching pour élever le niveau de maturité de la communication. Nous apprenons par nos erreurs, ce qui peut être pénible mais s'améliore avec le temps et la pratique.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW229-229LF  
**Thème :** Financement

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Non

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Le système actuel de tarification par acte ne favorise pas les soins holistiques. Les infirmières doivent accélérer leurs interventions pour atteindre le seuil de rentabilité. Elles ne peuvent donc pas réaliser toutes les activités de prévention car certaines ne sont pas prises en charge par la caisse d'assurance maladie.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous travaillons avec le gouvernement pour obtenir le droit d'expérimenter un système de tarification à l'heure plutôt qu'à l'acte.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

L'expérience prendra fin en octobre 2022. Nous avons réussi à obtenir le droit de mettre fin à la tarification par acte, pour une période de trois ans jusqu'en octobre 2022.

**Code :** RW230-230LICT  
**Thème :** TIC

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Sur le marché, il n'existe pas de version française du référentiel Omaha

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous nous sommes adressés à des spécialistes en programmation informatique pour examiner les fournisseurs potentiels.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Nous avons trouvé une société informatique suisse capable de fournir une version française d'Omaha.

Nous avons maintenant mis en place une version entièrement opérationnelle du système Omaha en français, qui est connectée aux opérations quotidiennes des infirmières et aux dossiers des patients.

**Code :** RW231-231LLB  
**Thème :** Barrière linguistique

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Le matériel de formation ou de théorie est en anglais ou en néerlandais (ex : le livre d'Astrid Vermeer), mais nos infirmières ne parlent pas anglais. Le personnel ne parle pas anglais. Il est difficile pour eux de suivre la formation dispensée par Buurtzorg aux Pays-Bas. Parfois, lorsque nous travaillons en petits groupes, il n'y a pas de traducteur.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous devons traduire les documents en français, puis faire participer les infirmières francophones de Buurtzorg aux activités de formation.

Nous avons également fait traduire en français le livre Solution Driven Methods of Interactions.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW232-232CBO

**Thème :** Opérationnel

**Pays d'origine/Contexte :** France

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Dans l'équipe, nous nous sentons inquiets et stressés par l'argent et les revenus de notre équipe. C'est un poids psychologique : on a peur de perdre son emploi si l'on se trompe. Nous ressentons également une pression pour aider plus de patients (parfois plus que nous ne le souhaiterions).

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

À l'heure actuelle, l'équilibre financier est le seul indicateur clé de performance que l'équipe peut utiliser pour vérifier « à quoi ressemble un bon résultat ». Nous devrions mettre en place des évaluations régulières de la qualité des interactions entre les équipes et avec les patients, afin que les équipes se concentrent également sur ces deux aspects importants de leur résultat.

La direction devrait également communiquer différemment sur la question économique, afin de limiter le risque d'une pression excessive sur l'enjeu de la trésorerie.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW233-233LR  
**Thème :** Processus de recrutement

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Nous avons constaté que les équipes ont tendance à recruter des collègues « jeunes et faciles à gérer ». Surtout si elles sont elles-mêmes jeunes. Elles ont tendance à recruter des personnes qui leur ressemblent, au lieu de réfléchir à leurs besoins et de rechercher celles avec la meilleure expérience/compétence possible. Elles semblent craindre de recruter des collègues plus expérimentées et plus compétentes, pensant peut-être que cela pourrait être une source de conflit/que la personne sera plus difficile si elle est plus âgée ou plus expérimentée qu'elles.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

La solution à long terme réside dans le coaching et la formation de l'équipe, afin de permettre à l'équipe d'avoir des discussions ouvertes et franches sur les résultats pour les patients et de surmonter les « craintes », avant de lancer un recrutement.

Mettre également les différentes équipes en contact, afin qu'elles puissent expérimenter les avantages de travailler avec des collègues plus compétents et plus expérimentés, pour elles-mêmes et pour la qualité des soins.

Identifier un « rôle de recrutement » au sein de l'équipe, qui bénéficierait d'un soutien spécifique de la part d'un coach pour aider à améliorer les compétences de recrutement de l'équipe.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Sur le long terme, l'équipe bénéficiera toujours d'un certain encadrement.

**Code :** RW234-234CBREF

**Thème :** Références

**Pays d'origine/Contexte :** France

**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier

**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

L'équipe reçoit principalement des « patients difficiles », dont les infirmières indépendantes ne veulent pas prendre soin. Le travail est ensuite éprouvant pour l'équipe en raison de ces patients difficiles.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Les équipes rencontreront des hôpitaux, des médecins et des partenaires pour informer/expliquer la valeur que les équipes peuvent apporter à un plus grand nombre de patients.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW235-235LPR  
**Thème :** Politique et réglementation

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Le président de l'Ordre national des Infirmiers s'est inquiété du fait que ce « système » ou cette approche pourrait conduire à la fin du statut de « travailleur indépendant privé » et estime que cela conduirait le syndicat des professionnels infirmiers à s'y opposer.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous devons rencontrer le syndicat des professionnels infirmiers pour avoir une discussion ouverte sur le projet, la vision, et convenir d'une vision/stratégie pour l'avenir.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

À plus long terme, le syndicat des professionnels infirmiers risque de véhiculer un message négatif à l'égard de ses membres, ce qui pourrait amener les professionnels infirmiers à ne pas vouloir rejoindre le modèle.

**Code :** RW236-236CBPR  
**Thème :** Politique et réglementation

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

La loi ne nous autorise pas à recruter d'aides-soignantes et nous sommes payés à l'acte. Il s'agit d'un obstacle à la mise en œuvre d'une vision de soins entièrement « intégrés », incluant soins sociaux et gestion des cas.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous travaillons actuellement sur une nouvelle demande d'expérimentation, afin d'obtenir le droit d'inclure des aides-soignantes dans l'équipe de soins. Retour prévu pour l'été 2020.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Cette nouvelle expérimentation n'a pas été acceptée.

**Code :** RW237-237LR  
**Thème :** Recrutement

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Oui

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

En France, nous ne sommes pas autorisés à faire de la publicité, il est donc difficile de sensibiliser les professionnels de la santé. Le syndicat des professionnels infirmiers estime que notre objectif est de « tuer » le système des professionnels infirmiers indépendants et refuse de communiquer sur le projet.

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

**Code :** RW238-238LCOMP  
**Thème :** Concours

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Local  
**Durable :** Non

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

En France, la concurrence des professionnels infirmiers indépendants est rude. Dans une ville, ils se sont unis pour demander au maire de bloquer la création d'une équipe TICC.

Lorsque nous lançons de nouvelles équipes dans une nouvelle ville, il y a beaucoup de partenaires à voir avant de pouvoir commencer à travailler. Parfois, il est difficile de créer de nouvelles équipes, parfois cela prend beaucoup de temps, parfois cela ne fonctionne pas du tout.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Identifier les secteurs où la concurrence est moindre, aller dans les grandes villes où une nouvelle équipe est plus acceptable.

Nous créons de nouvelles équipes à proximité d'équipes déjà acceptées et établies, et non dans une région trop éloignée où il peut être difficile de se démarquer.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

À moyen terme, nous avons de plus en plus d'aides à domicile qui demandent à travailler dans des équipes auto-organisées.

**Code :** RW239-239LE

**Thème :** Évaluation

**Pays d'origine/Contexte :** France

**Local ou transfrontalier :** Local

**Durable :** Non

**Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Il n'est pas possible de constituer un groupe de contrôle, afin de comparer les interventions des infirmières TICC à celles des « infirmières indépendantes ordinaires ».

**Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Nous avons donc cherché à mettre en place un programme de recherche pour extraire des données des bases de données de l'assurance maladie.

**Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Les partenaires de l'évaluation travailleront avec les partenaires français pour résoudre ce problème, sans quoi le projet risque d'échouer.

**Code :** RW240-240CBSM  
**Thème :** Auto-organisation

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Faire fonctionner une équipe auto-organisée nécessite une communication interne plus efficace.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Tous les membres de notre équipe établissent des « règles d'or de l'auto-organisation », une sorte de charte dans laquelle ils définissent leur « ADN » ou identité, et établissent leurs propres règles décrivant comment ils vont délivrer le service de soins à domicile en tant qu'équipe.

Maintenant ils se parlent, s'écoutent et participent à des séances régulières de suivi. Cela fait écho aux accords d'équipe que d'autres partenaires ont mis en place ou qui sont utilisés par Buurtzorg.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

La communication a été définie comme la règle d'or n° 1 par les membres de notre équipe. Cela a renforcé « l'esprit d'équipe » et notre coach peut aujourd'hui confirmer que l'équipe s'est stabilisée depuis qu'elle a établi et suivi ses propres « règles d'or ».

Le respect des règles est également une condition préalable pour les candidats qui souhaitent rejoindre l'équipe.

**Code :** RW241-241CBW  
**Thème :** Ressources humaines

**Pays d'origine/Contexte :** France  
**Local ou transfrontalier :** Transfrontalier  
**Durable :** Oui

### **Description de l'obstacle et/ou du défi :**

Les membres de l'équipe n'ont jamais été habitués à une communication directe entre collègues. Faire fonctionner une équipe auto-organisée nécessite une communication interne plus efficace.

### **Solution(s) identifiée(s) et leurs résultats :**

Il faut du temps, des formations et des interventions de coaching, pour élever le niveau de maturité de la communication. Nous apprenons par nos erreurs, ce qui peut être pénible.

Tous les membres de notre équipe établissent des « règles d'or de l'auto-organisation » ou une charte, par laquelle ils créent leur « ADN » ou identité, et établissent leurs propres règles décrivant comment ils vont fournir le service de soins à domicile en tant qu'équipe. Ils organisent leur propre formation en communication interne pour les membres de l'équipe.

### **Informations complémentaires (ex. coûts financiers, fournisseurs) :**

Cela a donné lieu à un plus grand nombre de formations en intelligence collective.

Il est nécessaire de renforcer la formation initiale en amont pour que les futurs professionnels soient conscients de l'importance du développement personnel dans l'exercice de la profession.

## Annexe B Glossaire des termes du projet TICC

### ADDENDUM AU GLOSSAIRE DE L'OMS SUR LES SOINS ET SERVICES DE SANTÉ DE PROXIMITÉ POUR LES PERSONNES ÂGÉES

Addendum aux articles	Description
<b>Administration de la Sécurité sociale</b>	Institution publique de sécurité sociale qui gère et supervise la protection universelle maladie et les indemnités.
<b>Assurance-maladie</b>	Assurance qui couvre tout ou partie du risque qu'une personne engage des frais médicaux, en répartissant le risque sur un grand nombre de personnes.
<b>Auto-organisation</b>	Être en charge de la manière dont les responsabilités essentielles sont exercées et organisées, et des processus essentiels qui les sous-tendent, dans les limites d'un cadre défini.
<b>Patient en auto-administration</b>	L'auto-administration concerne les tâches qu'un individu doit entreprendre pour bien vivre avec une ou plusieurs maladies chroniques. Ces tâches comprennent l'acquisition de la confiance nécessaire pour assurer la gestion médicale, la gestion des rôles, et la gestion émotionnelle. Source : <a href="https://www.has-sante.fr/jcms/p_3367704/fr/le-patient-en-auto-administration-de-ses-medicaments-en-cours-d-hospitalisation">https://www.has-sante.fr/jcms/p_3367704/fr/le-patient-en-auto-administration-de-ses-medicaments-en-cours-d-hospitalisation</a>
<b>Back-office</b>	Ensemble des activités internes d'une organisation qui ne sont pas accessibles ou visibles pour le grand public, incluant notamment la réception, la gestion de la location des bureaux, la paie, le service du personnel, la comptabilité, la gestion de la clientèle, la logistique, l'évaluation et l'admission des dossiers, etc.
<b>Bouclier de quiétude (<i>heat shield</i>)</b>	Permettra aux infirmières de développer le modèle dans un environnement protégé, les laissant libres de s'occuper de leurs patients sans se perdre dans les processus complexes du système actuel.
<b>Cabinet de groupe ou maison de santé</b>	Cabinet ancré à l'échelle locale où exercent plusieurs professionnels de la santé ou des services sociaux.
<b>Cabinet individuel</b>	Cabinet ancré à l'échelle locale où exerce, seul, un professionnel de la santé ou des services sociaux.
<b>Coach régional</b>	Accompagne les équipes auto-organisées dans leur activité, leur prise de décision et les processus d'équipe en leur laissant la prise d'initiative ; Aux Pays-Bas, un coach soutient jusqu'à 50 équipes par région.
<b>Compétences professionnelles</b>	Ensemble de connaissances, de compétences et d'attitudes qui permettent à une personne d'agir efficacement en situation professionnelle.
<b>Coordonnateur régional</b>	Soutient les équipes auto-organisées, est impliqué dans le recrutement et les absences, gère la liaison avec les municipalités et les autres partenaires (Ce rôle concerne uniquement les <i>Buurtdiensten</i> et <i>Familiehulp</i> néerlandais) Travaillent au siège social, ont généralement été infirmières et accompagnent environ 30 à 50 équipes locales.

Addendum aux articles	Description
<b>Équipes auto-organisées</b>	Petites équipes locales de 8 à 12 professionnels qui délivrent des soins aux personnes à domicile et gèrent tous les processus qui s'y rapportent, y compris la coordination des soins avec d'autres professionnels et organisations, le planning de l'équipe, les rendez-vous, les références, les évaluations, la gestion des performances, le recrutement, le secrétariat, l'administration, etc.
<b>Entrepreneur</b>	Professionnel de la santé ou des services sociaux qui crée et dirige une entreprise et qui est responsable de tous les risques et avantages de son entreprise.
<b>Évaluation (Omaha)</b>	Le système Omaha est le logiciel normalisé utilisé par Buurtzorg pour planifier, documenter et analyser les soins aux patients. Il comprend un système de classification des problèmes (42 problèmes environnementaux, comportementaux, psychosociaux, physiologiques et liés à la santé), un schéma d'intervention qui couvre différents services et une échelle d'évaluation des résultats pour les connaissances, le comportement et l'état de santé. Il est utilisé non seulement pour la planification et la documentation des soins, mais également pour la facturation et l'analyse des modèles de services.
<b>Logement autonome</b>	Personnes âgées qui vivent seules (= sans l'aide de personne) à leur propre domicile privé, par opposition à celles qui vivent en résidences autonomie, ou sont prises en charge dans les maisons de retraite.
<b>Honoraires fixes</b>	Montant fixe spécifié dans un contrat comprenant tous les services nécessaires pour administrer les soins.
<b>Infirmière de proximité (définition du Royaume-Uni)</b>	<p>Travaillant dans divers milieux, des cliniques et centres de santé aux résidences et domiciles des patients, les infirmières de proximité aident à répondre aux besoins des patients âgés, handicapés ou vulnérables qui peuvent ne pas être en mesure de se rendre facilement à l'hôpital.</p> <p>Les infirmières de proximité sont formées pour effectuer une variété de procédures de soins infirmiers qui peuvent inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les soins de base, tels que vérifier la température, la pression artérielle et la respiration ;</li> <li>• administrer des injections ;</li> <li>• assister les médecins lors des examens et les procédures médicales ;</li> <li>• nettoyer et panser les plaies ;</li> <li>• mettre en place des perfusions intraveineuses et assurer le suivi des soins continus.</li> </ul> <p>Source : <a href="https://www.nursingtimesjobs.com/article/the-role-of-a-community-nurse/">https://www.nursingtimesjobs.com/article/the-role-of-a-community-nurse/</a></p>

Addendum aux articles	Description
<b>Infirmière de quartier (définition du Royaume-Uni)</b>	Voir Infirmière de proximité (définition du Royaume-Uni). L'infirmière de quartier prend parfois le sens d'infirmière de proximité plus expérimentée, à la tête d'une équipe d'infirmières et d'auxiliaires de vie. Source : <a href="https://www.qni.org.uk/nursing-in-the-community/work-of-community-nurses/district-nurses/">https://www.qni.org.uk/nursing-in-the-community/work-of-community-nurses/district-nurses/</a>
<b>Infirmière diplômée</b>	Infirmière titulaire d'un diplôme d'État d'infirmière.
<b>Médecin généraliste</b>	Médecin dont la pratique n'est pas orientée vers une spécialité médicale mais couvre plutôt une variété de problèmes médicaux chez les patients de tous âges. Aussi appelé médecin de famille.
<b>Plans de prise en charge</b>	Soins prodigués au patient par un professionnel de la santé ou des services sociaux à la suite d'une évaluation structurée et standardisée des besoins du patient.
<b>Réseau formel</b>	Réseau formé par les pratiquants de soins formels.
<b>Réseau informel</b>	Réseau formé par les pratiquants de soins informels.
<b>SDMI</b>	La <a href="#">Solution Driven Method of Interaction</a> , ou méthode d'interaction orientée solutions, est un outil de communication utilisé par les professionnels de Buurtzorg pour prendre efficacement des décisions par consensus.
<b>Service social de l'Assurance Maladie</b>	Service public qui recoupe un large éventail de prestations, allant des services de santé à l'accompagnement lorsque la personne rencontre des difficultés dans son quotidien. Source : <a href="https://www.ameli.fr/artois/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/service-social">https://www.ameli.fr/artois/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/service-social</a>
<b>Soins à domicile (définition du Royaume-Uni)</b>	Soins de soutien délivrés à domicile, généralement par des soignants professionnels qui offrent une assistance quotidienne pour s'assurer que les activités de la vie quotidienne peuvent être réalisées. Il s'agit généralement de soins non médicaux, de soins de garde ou de soins privés, lesquels font référence à l'aide et aux services fournis par des personnes qui ne sont pas infirmières, médecins ou autres membres du personnel médical agréé. À noter, la définition plus large de l'OMS : « soins prodigués au domicile d'un individu ». Encadrés par les autorités locales et mis à disposition par un ensemble d'organismes privés, publics et à but non lucratif. Source = <a href="https://en.wikipedia.org/wiki/Home_care">https://en.wikipedia.org/wiki/Home_care</a>
<b>Soins centrés sur le patient</b>	Dans les soins centrés sur le patient, les besoins spécifiques d'un individu et les objectifs concernant sa santé sont le moteur de toutes les décisions et d'évaluation de la qualité en matière de soins. Le patient est partenaire de son service de soins, et ce dernier traite le patient selon une approche non seulement clinique, mais aussi émotionnelle, mentale/psychologique, sociale et financière.
<b>Soins de proximité dirigés par des infirmières</b>	Organisation gérée et dirigée par une infirmière et composée d'équipes auto-organisées qui délivrent des soins à domicile aux patients de leur quartier.

Addendum aux articles	Description
<b>Soins de proximité intégrés</b>	Les soins intégrés visent à améliorer les soins aux patients grâce à une meilleure coordination. Il est crucial de définir le niveau d'intégration, à commencer par les liens entre les services, la coordination des équipes ou la mise en commun des ressources.
<b>Soins de santé de proximité (définition du Royaume-Uni)</b>	Concernent uniquement la prestation de soins cliniques/médicaux, à l'intérieur ou à proximité du domicile du patient, contrairement à la définition de l'OMS (« <i>comprennent les services de santé et incluent les soins sociaux. Ils favorisent les soins auto-administrés, le maintien de l'autonomie et les réseaux de soutien familial</i> »). Commandités et délivrés par la NHS ou en son nom.
<b>Soins programmés</b>	Les soins sont planifiés à l'avance et ne constituent donc pas une urgence.
<b>Travailleur salarié</b>	Professionnel de la santé ou des services sociaux qui travaille pour un employeur et est rémunéré directement par celui-ci.
<b>Vie normalisée à petite échelle</b>	Approche holistique centrée sur la personne vivant en résidence autonomie. La participation aux activités quotidiennes est stimulée. Les groupes sont relativement petits (généralement 6 à 8 personnes). Horaire de jour selon les préférences des résidents. L'environnement est familier et semblable à chez soi. Les tâches du personnel sont intégrées. Les membres du personnel prennent plus de décisions individuelles.
<b>Zones de soins de proximité</b>	Zones géographiques de prestation de soins définies à l'échelle locale.
<b>Zones de soins régionales</b>	Zones géographiques de prestation de soins définies à l'échelle régionale.