



# Transforming Integrated Care in the Community (TICC)

Transformer l'aide et  
les soins à domicile

## RAPPORT D'ÉVALUATION 2017-2022



**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 :



## Colophon

Sybren Slimmen  
Mareike Millner  
Ingrid Snijders  
Research group Healthy Region, HZ University Of Applied Sciences  
Edisonweg 4, 4382 NW, Vlissingen, Pays-Bas  
Contact : [s.slimmen@hz.nl](mailto:s.slimmen@hz.nl)

Stephane Verdun  
Gabriela Certad  
Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille  
Rue du Grand But – BP 249, 59462 Lomme Cedex, France  
Contact : [verdun.stephane@ghicl.net](mailto:verdun.stephane@ghicl.net)



# Résumé

Le projet *Transforming Integrated Care in the Community* (TICC), financé par Interreg 2 Mers, se concentre sur la mise en œuvre d'un modèle de soins à domicile menés par le personnel infirmier basé sur le modèle Buurtzorg. TICC vise à permettre aux organismes de santé et de protection sociale de mettre en place des soins à domicile menés par le personnel infirmier, améliorer la productivité, le recrutement et la rétention du personnel, ainsi que d'améliorer la satisfaction et l'autonomie des patients. D'autre part, le projet vise également la réduction des coûts, des admissions aux urgences et de l'absentéisme du personnel. L'évaluation présentée dans ce rapport se concentre sur le personnel soignant, les patients et les aidants informels lors de la mise en œuvre du modèle TICC au Royaume-Uni, en France et en Belgique.

Diverses méthodes de recherche ont été utilisées pour améliorer la compréhension des effets du modèle TICC. En premier lieu, une analyse documentaire a été menée pour identifier les facteurs favorisant et les obstacles aux soins à domicile menés par des professionnels de santé, incluant les politiques de santé, la réglementation, les modélisations financières, les aspects pédagogiques et les connaissances et méthodes des personnels infirmiers. Les résultats ont ainsi permis l'élaboration d'une stratégie d'évaluation et d'une analyse des lacunes. Afin de mesurer l'état de préparation à la mise en œuvre des organisations participantes au début du projet, trois types d'analyses des lacunes ont été réalisés. Dix-sept discussions de groupe ont été menées avec le personnel de soin afin d'avoir une meilleure compréhension de l'expérience de mise en œuvre du modèle TICC et de démontrer les différences culturelles entre les pays participants. Des enquêtes quantitatives ont été menées auprès des patients, du personnel soignant et des aidants informels. Concernant les patients, l'objectif a été de mesurer la satisfaction, l'autonomie, la qualité de vie et la durée des soins. Pour le personnel médical, l'objectif a été de mesurer les facteurs de risque psychosociaux, l'empowerment et la rétention du personnel. Pour les aidants informels, l'objectif a été de mesurer le fardeau de l'aide aux soins.

Les conclusions tirées du projet TICC montrent que le modèle peut apporter des bénéfices au personnel soignant ainsi qu'aux patients. Pour le personnel soignant, il semblerait que TICC contribue à une diminution du nombre de jours d'arrêts de travail et à une meilleure satisfaction professionnelle, mais au prix d'un coût plus élevé. Néanmoins, aucune amélioration n'a été constatée sur l'*empowerment*, l'exposition aux facteurs de risques psychosociaux ou sur la rétention du personnel. Pour les patients, les bénéfices de TICC sont la réduction de la durée des soins, une amélioration de la qualité de vie liée à la santé et de la satisfaction des patients. Aucun effet n'a été constaté sur l'autonomie ou la participation sociale des patients. Le fardeau des aidants informels ne semble pas avoir été soulagé.

Cette étude offre des connaissances utiles qui pourront être utilisées dans d'autres évaluations de mise en œuvre du modèle TICC dans d'autres domaines. Certains principes du modèle Buurtzorg peuvent être adaptés au domaine d'Interreg dans le cadre des soins à domicile menés par le personnel infirmier. Par exemple, la promotion d'une plus grande indépendance parmi les patients, l'amélioration de l'accès et de la continuité des soins, plus de flexibilité dans le travail des infirmières de proximité, la formation de partenariats interprofessionnels efficaces et l'*empowerment* du personnel de première ligne. En conclusion, les résultats de cette étude démontrent d'une approche centrée sur la personne contribue à améliorer la fourniture de soins individualisés et coordonnés.

# Sommaire

<b>1 Introduction</b>	6
<b>2 Méthodes</b>	9
2.1 Phase 1 : avant la mise en œuvre	12
2.2 Phase 2 : l'étude clinique	13
<b>3 Résultats</b>	19
3.1 Phase 1 : avant la mise en œuvre	21
3.1.1 Analyse bibliographique et interprétation par les experts	22
3.1.2 Préparation organisationnelle à la mise en œuvre	29
3.2 Phase 2 : l'étude clinique	32
3.2.1 Les répondants de l'étude clinique	33
3.2.2 Groupes de discussion	36
3.2.3 Expérience de la mise en œuvre par le personnel soignant	39
3.2.4 Personnel de soins travaillant au sein du modèle TICC	41
3.2.4.1 Autonomie et productivité	41
3.2.4.2 Rétenion et recrutement	46
3.2.4.3 Arrêts maladie	52
3.2.5 Meilleure qualité des soins	53
3.2.5.1 Autonomie des patients	53
3.2.5.2 Satisfaction des patients	57
3.2.5.3 Efficacité des soins	60
3.2.5.4 Le fardeau des aidants informels	65
3.2.6 Réduction des coûts	66
<b>4. Discussion</b>	71
4.1 Mise en œuvre du modèle TICC	72
4.2 Personnel soignant dans les équipes TICC autogérées	73
4.3 Meilleure qualité des soins	74
4.4 Réduction des coûts	74
4.5 Forces et limites	75
4.6 Recherche et développements futurs	76
4.7 Conclusion	76
<b>Remerciement</b>	77
<b>Références</b>	78

# 1 Introduction

---



## Contexte

La région des 2 Mers fait face à des défis dans le domaine de la santé clinique, sociale et financière et de la protection sociale en raison du vieillissement de la population et de la réduction des financements publics (1). En conséquence, le recrutement et la rétention du personnel de santé et de protection sociale constituent un défi, car la situation se dégrade en raison de l'âge de la population active actuelle (2). Le nombre de personnes âgées demeurant à domicile a augmenté de manière significative, ce qui constitue un défi important pour permettre aux personnels de santé de répondre aux besoins des patients (3). Cela cause une forte pression professionnelle pour les personnels de santé et une détérioration de la qualité des soins prodigués. Les modèles de soins à domicile développés dans la région des 2 Mers au cours des 20 dernières années ont mené à une fragmentation et une désintégration des soins en raison de l'avènement du travail à la tâche et de la rémunération basée sur l'activité, causant des effets néfastes. Plusieurs études ont montré des problèmes similaires - baisse de la qualité des soins, augmentation des coûts, mauvais résultats relatifs à la santé, problèmes d'accès aux soins, manque de transparence de l'information, augmentation du sentiment d'insatisfaction chez les patients et les personnels médicaux - dans de nombreux pays du monde (4). La qualité des soins prodigués aux patients à leur domicile est importante et décisive pour la qualité de vie des patients et leur santé à long terme (5). Ainsi, le processus d'innovation sociale visant à transformer les modèles de soins de santé et de protection sociale fait l'objet d'un intérêt élevé dans les politiques nationales et internationales, en particulier sur la question de l'autogestion des personnels et sur le renforcement des soins à domicile (6).

Un exemple d'une telle innovation sociale dans les soins à domicile est le modèle [Buurtzorg](#) dont la mission est : *L'humain plutôt que la bureaucratie*. Le modèle Buurtzorg vise à fournir des soins holistiques et personnalisés, centrés sur le patient, par le biais de petites équipes de soins autogérées (7). Au cœur de ce modèle nous trouvons le renforcement de l'autonomie des patients au travers de la continuité des soins, de la construction de relations de confiance et de réseaux de quartiers, ainsi que la mise en relation des patients avec les ressources locales existantes (4). La mise en œuvre du modèle Buurtzorg a démontré des bénéfices pour les patients et le personnel soignant, principalement aux Pays-Bas, et a prouvé que le modèle était plus économique que les approches traditionnelles (8). Néanmoins, la mise en œuvre du modèle Buurtzorg au sein d'une organisation préexistante semble complexe, et les notions de préparation et de soutien sur-mesure au sein-même de l'organisation sont essentielles dans le succès de la mise en œuvre. Il apparaît que le développement des compétences du personnel, les questions de leadership au sein des équipes autogérées, les besoins en technologie informatique et les changements réglementaires dans le système de santé ont été décisifs (9).

## Le projet TICC

Le projet *Transforming Integrated Care in the Community* (TICC - Transformer l'aide et les soins à domicile), financé par Interreg 2 Mers, se concentre sur la mise en œuvre d'un modèle de prise en charge à domicile mené par le personnel infirmier, basé sur le modèle Buurtzorg. Dans ce rapport, nous nous référerons au modèle TICC, car de nombreux éléments du modèle Buurtzorg ont été adaptés au contexte et diffèrent donc du modèle original. La mise en œuvre du modèle TICC a été menée dans six sites pilotes : des équipes autogérées de douze personnes travaillant à un niveau hyper-local (par quartier) assurant la gestion de tous les aspects médicaux et administratifs (avec un service d'appui réduit, des outils numériques simples et encadré par un « coach » plutôt qu'un manager) et qui ont permis une amélioration des résultats pour les participants, des coûts réduits, une réduction des admissions à l'hôpital et une meilleure continuité des soins dans différents contextes géographiques et culturels. TICC a permis aux organisations de santé et de protection sociale de

mettre en place des soins infirmiers à domicile, **d'améliorer la productivité du personnel, le processus de recrutement et la rétention des équipes, ainsi qu'améliorer la satisfaction des patients et leur autonomie, tout en réduisant les coûts, les admissions aux urgences et les absences du personnel pour raison médicale.** Au total, 14 partenaires ont contribué au projet, et le modèle TICC a été mise en œuvre auprès de deux partenaires au Royaume-Uni, trois partenaires en France et un partenaire en Belgique.

## Guide de lecture

Ce rapport présente une description détaillée de l'évaluation du modèle TICC au cours de la période 2017-2022. L'ordre de présentation est basé sur les résultats attendus au lancement du projet, sous-divisé selon quatre thématiques principales du projet : Les équipes TICC partenaires, les expériences de mise en œuvre du modèle TICC, le personnel de soin dans les équipes TICC autogérées, l'amélioration de la prise en charge des patients et la réduction des coûts. Plusieurs stratégies d'évaluation ont été mises en œuvre pour évaluer les objectifs et résultats de TICC. Le chapitre suivant, « Méthodes », explique en détails la manière dont le projet a été évalué. Ce chapitre est suivi du chapitre « Résultats », dans lequel les données quantitatives et qualitatives sont expliquées au niveau organisationnel et national. Ici également, la séquence est utilisée telle que décrite ci-après. Le rapport est conclu par une « Discussion », dans laquelle les résultats de l'évaluation sont présentés et interprétés.

## 2 Méthodes

---



Le projet TICC a utilisé plusieurs méthodes d'évaluation au cours de la période 2017-2022 (Schéma 1). L'évaluation s'est concentrée sur le personnel de soin, les patients et les aidants informels au cours de la mise en œuvre du modèle TICC. Elle consiste en deux phases : la phase 1, dites « avant la mise en œuvre », et la phase 2, « l'étude clinique pendant la mise en œuvre ».

La **phase 1**, ou « avant la mise en œuvre » : consiste en la préparation de l'étude clinique et de la stratégie d'évaluation associée. Un protocole d'étude a été élaboré et les objectifs de l'étude ont été convertis en données quantifiables. Les conditions principales de mise en œuvre ont été définies selon les résultats de l'étude bibliographique et les entretiens avec les experts. Subséquemment, ces conditions de mise en œuvre ont été mesurées par une analyse des lacunes. Les dirigeants/PDG des organisations participantes ont évalué le degré de préparation à la mise en œuvre de leur organisation.

La **phase 2**, ou « après la mise en œuvre », consiste en l'évaluation des essais pilotes menés au Royaume-Uni, en France et en Belgique. Plusieurs méthodes d'études ont été utilisées au cours de cette phase. L'analyse des lacunes de la préparation à la mise en œuvre s'est poursuivie avec deux mesures supplémentaires en vue d'améliorer le degré de détail de la progression de la mise en œuvre. Au cours de cette phase, le point de vue des employés a été ajouté à celui des dirigeants/PDG des organisations.

De plus, des enquêtes ont été menées auprès des patients, du personnel de soin et des aidants informels afin d'examiner les effets de la mise en œuvre du modèle TICC. Afin d'établir un point de comparaison, des groupes témoins ont été créés au Royaume-Uni (pour le personnel de soin et pour les patients) et en Belgique (pour le personnel de soin). Malheureusement, les partenaires en France n'ont pas trouvé d'organisation susceptible de participer à l'étude en tant que groupe témoin. Nous avons également examiné certaines données générales internes des organisations, telles que l'absentéisme et les coûts des soins. Au niveau qualitatif, plusieurs séries de groupes de discussions ont été organisées avec les équipes de soin impliquées dans la mise en œuvre du modèle TICC.

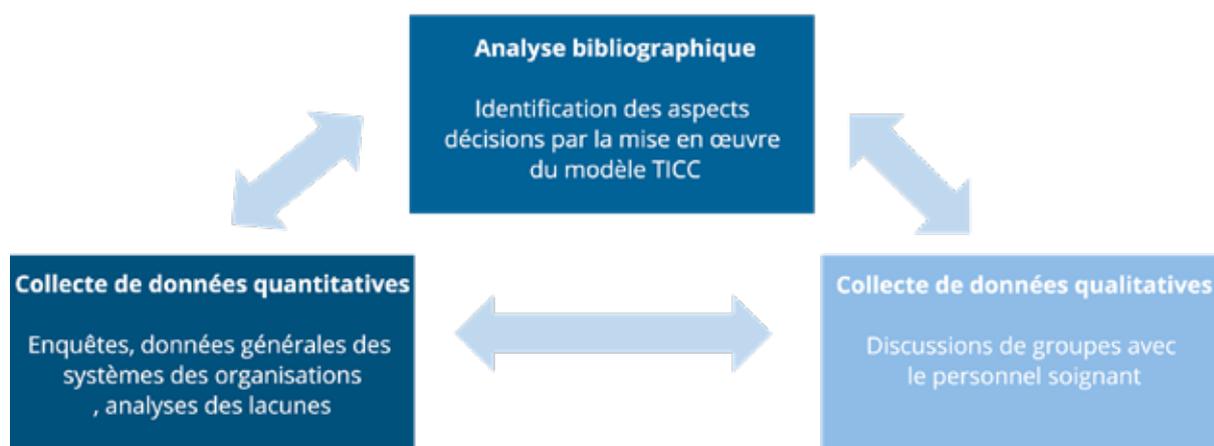


Schéma 1 Stratégies d'évaluation de TICC

## Organisations participantes

Au total, quatorze organisations ont participé au projet TICC. Parmi celles-ci, six organisations de santé ont participé à l'étude clinique, chacune ayant ses propres caractéristiques et sa propre expertise. Il s'agit de trois partenaires de France, deux du Royaume-Uni et un de Belgique. Le Tableau 1 détaille les caractéristiques des organisations participantes.

Table 1 Organisations de santé ayant participé à la mise en œuvre du modèle TICC.

Partenaires	Description	Pays
<b>Kent Community Health Foundation Trust (PP4)</b>	Kent Community Health Foundation Trust (PP4) est un prestataire de soins pour le compte de la NHS, fournissant des soins infirmiers à domicile et des soins intermédiaires à des patients vivant dans le Kent, le East Sussex et Londres.	Royaume-Uni
<b>Medway Community Healthcare (PP5)</b>	Medway Community Healthcare (PP5) est un organisme à but non lucratif proposant des soins de santé et de protection sociale financés par le NHS à des personnes vivant principalement dans la collectivité locale unitaire de Medway.	Royaume-Uni
<b>Soignons Humain (PP6)</b>	Soignons Humain (PP6) est un organisme à but non lucratif qui fait la promotion de nouveaux modèles d'organisation dans le domaine des soins à domicile et des services de santé, afin d'améliorer la satisfaction des patients et du personnel médical.	France
<b>Emmaüs (PP9)</b>	Le Groupe Emmaüs (PP9) est un réseau de 24 organisations membres fournissant des services de santé et de protection sociale à Mechelen en Belgique.	Belgique
<b>VIVAT Service à la personne (PP11)</b>	VIVAT Service à la personne (PP11) est une organisation qui vise à promouvoir et améliorer la protection sociale dans les départements du Nord et du Pas de Calais (Nord de la France).	France
<b>La Vie Active (PP14)</b>	La Vie Active (PP14) est un organisme qui gère plus de 60 résidences pour personnes âgées et des services de tutelle dans le Nord de la France.	France

## 2.1 Phase une : pré-mise en œuvre

Une revue bibliographique a été réalisée au cours des quatre premiers mois de 2018 afin d'identifier les facteurs favorisant et les obstacles à la mise en œuvre de systèmes de soins infirmiers à domicile, en particulier le modèle TICC. La question clé guidant la recherche bibliographique a été : « *Quels sont les facteurs favorisant et les obstacles aux soins infirmiers à domicile au sein des politiques de santé, de la réglementation, des modélisations financières, des aspects pédagogiques et des connaissances et méthodes des personnels infirmiers ?* »

Un cadre méthodologique à six étapes a été utilisé pour la revue bibliographique : 1) identifier le but de la recherche bibliographique et la question guidant cette recherche, 2) rechercher des études pertinentes, 3) sélectionner les études selon leur contenu et leur qualité, 4) porter les données sur des graphiques, 5) compiler, résumer et analyser les résultats, et 6) consulter un panel d'experts et de parties prenantes pour les informer des résultats et les valider (10, 11).

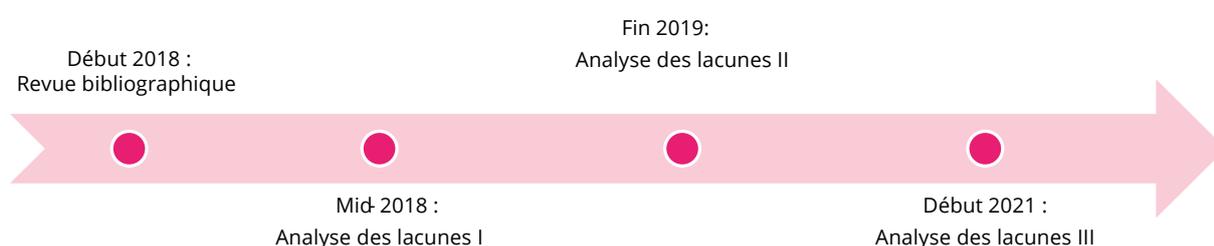


Schéma 2 - Chronologie de la revue bibliographique et de l'analyse des lacunes de la phase 1

Afin de mesurer l'état de préparation à la mise en œuvre des organisations participantes au début du projet, des analyses des lacunes ont été réalisées sur les éléments qui ont émergé de l'analyse bibliographique et de la réunion d'experts. Pour évaluer les progrès dans la mise en œuvre du modèle, les analyses des lacunes ont été répétées à la fin de 2019 et 2021 (Schéma 3). Les répondants étaient des PDG, des directeurs généraux (ou similaires) et des coaches d'équipe employés par les sept partenaires participants au projet TICC. Des mesures quantitatives ont été utilisées pour les analyses des lacunes I, II et III. Les participants ont été invités à noter une liste de déclarations sur l'échelle de Likert à 10 points, allant de 1 « Pas du tout applicable à mon organisation » à 10 « Fortement applicable à mon organisation ». Les deux questionnaires utilisés lors de l'analyse des lacunes III (Annexe 1 et 2) étaient largement similaires à ceux utilisés au cours de la première et seconde analyse des lacunes. Cela a ainsi permis la mesure de la progression de la mise en œuvre entre chaque analyse. Pour la troisième analyse des lacunes, trois questionnaires supplémentaires ont été ajoutés pour évaluer la manière dont la pandémie de COVID-19 a eu un impact sur le processus de mise en œuvre (12). Ces questionnaires ont été élaborés par les partenaires dans un processus validé par les pairs. Les questionnaires ont été envoyés par email et remplis sur papier ou directement dans le fichier Word. Le questionnaire pour les coaches d'équipes a été traduit en néerlandais pour les coaches belges et en français pour les coaches français. Les sujets abordés dans les deux questionnaires, ainsi que le nombre de questions dans chaque questionnaire, sont présentés dans le Tableau 2.

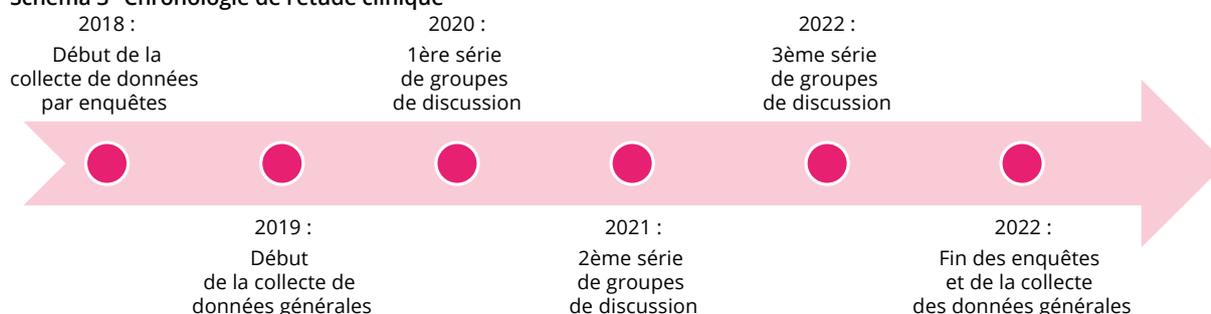
Tableau 2 - Sujets des analyses des lacunes et nombre de questions

Sujets	PDG (nbre de questions)	Coachs d'équipes (nbre de questions)
Politique et organisation	10	16
Volets pédagogiques et connaissances du personnel infirmier	10	11
Modélisation financière	4	6
Méthodes	4	5
Droit	2	2
COVID-19	3	3

## 2.2 Phase 2 : l'étude clinique

L'étude clinique a été menée entre 2018 et 2022 par des collectes de données quantitatives et qualitatives. Le Schéma 3 présente la chronologie de l'étude, les méthodes de recherches utilisées et leur ordre de déploiement. Une distinction a été faite entre trois méthodes de collecte de données : les enquêtes quantitatives, les discussions de groupes et l'extraction de données des systèmes des organismes de santé. L'étude consistait en l'évaluation des groupes d'intervention, des équipes TICC et des patients pris en charge. Par ailleurs, nous avons également examiné des groupes témoins présentant des caractéristiques similaires aux seins des organisations de santé et de la population de patient. Pour les patients, les aidants informels et le personnel soignant, des groupes témoins ont pu être créé au Royaume-Uni. Un groupe témoin, uniquement pour le personnel soignant, a également pu être créé en Belgique.

Schéma 3 Chronologie de l'étude clinique



## Population et procédure

L'étude clinique se portait sur trois groupes cibles : le personnel soignant, les patients et les aidants informels (qui aident le patient). Les critères d'inclusion et d'exclusion pour les différents groupes cibles étaient :

- 1 **Personnel soignant** : Âgé de 18 ans ou plus, en activité pendant encore au moins 12 mois, consentement à participer.
- 2 **Patients** : Âgé de 18 ou plus, supposé recevoir des soins à domicile au moins deux fois par semaine pendant une période minimale de trois mois; capable de lire et écrire pour pouvoir comprendre et compléter les questionnaires sans aide, consentement à participer.
- 3 **Aidants informels** : Âgé de 18 ou plus, capable de lire et écrire pour pouvoir comprendre et compléter les questionnaires, consentement à participer.

**Pour le personnel soignant**, il y a eu une évaluation quantitative, c'est à dire une évaluation avant, pendant et après le test visant à collecter des données sur l'autonomie, la satisfaction au travail et l'intention de quitter l'organisation. Par ailleurs, une évaluation qualitative a été réalisée au travers de groupes de discussions permettant la collecte de données sur l'impact de la transition vers un modèle TICC.

**Pour les patients**, il y a eu une évaluation quantitative, c'est à dire une évaluation avant, plusieurs évaluations pendant et une évaluation après le test visant à collecter des données sur la qualité des soins, l'indépendance du patient et sa satisfaction. Afin de s'assurer de la validité et de la fiabilité des réponses, les patients ont été évalués au début de leur prise en charge, trois à six semaines après l'initiation de la prise en charge (pour évaluer l'impact à court terme sur les patients et les patients ayant une prise en charge courte) puis ensuite tous les six mois, jusqu'à la fin de leur prise en charge.

**Pour les aidants informels**, les évaluations quantitatives ont été réalisées au même moment que celles des patients, c'est à dire avant, pendant et après le test, en utilisant des mesures visant à collecter des données sur la perception du fardeau pesant sur les aidants.

Tableau 3 Concepts évalués et instruments d'évaluation

Thèmes généraux du projet	Quoi ?	Instrument d'évaluation	Méthodologie	Qui ?
1. Meilleure qualité de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>Qualité des soins et satisfaction des patients (CQI)</li> <li>Indépendance, autogestion et empowerment (IPA)</li> <li>Qualité de vie (SF-36 et SF-12)</li> <li>Âge moyen du patient, raisons de l'arrêt de la prise en charge (Données générales)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Consumer Quality Index (CQI)</i></li> <li><i>Impact on Participation and Autonomy (IPA)</i></li> <li>Questionnaires de qualité de vie (SF-36 et SF-12)</li> <li>Données générales</li> </ul>	Quantitative	Patients
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perception du fardeau des soins par les aidants informels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Zarit Burden Interview</i></li> </ul>	Quantitative	Aidants informels
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre moyen d'heures d'aide à domicile, durée moyenne des soins en jours, nombre moyen de visites, nombre d'admissions imprévues à l'hôpital (Données générales)</li> <li>Facteurs favorisant et obstacles à une meilleure prise en charge des patients (Analyse des lacunes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Données générales</li> <li>Analyse des lacunes</li> </ul>	Quantitative	Personnel
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Qualité de la prise en charge des patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Groupes de discussion</li> </ul>	Qualitative	Personnel

Thèmes généraux du projet	Quoi ?	Instrument d'évaluation	Méthodologie	Qui ?
2. Meilleure rétention du personnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intention de quitter l'organisation (enquête interne)</li> <li>• Facteurs de risques psychologiques (COPSOQ)</li> <li>• Empowerment du personnel (PEI)</li> <li>• Facteurs favorisant et obstacles à une meilleure rétention du personnel (Analyses des lacunes)</li> <li>• Âge moyen du personnel soignant, nombre moyen de jours d'arrêts maladie, nombre d'heures de travail (Données générales)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnaire conçu en interne pour évaluer l'intention de quitter l'organisation</li> <li>• <i>Copenhagen Psychosocial Questionnaire</i> (COPSOQ)</li> <li>• <i>Psychological Empowerment Instrument</i> (PEI)</li> <li>• Analyse des lacunes</li> <li>• Données générales</li> </ul>	Quantitative	Personnel
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre du modèle de prise en charge, travailler dans une équipe TICC, qualité de prise en charge des patients, charge de travail, communication et collaboration, rétention du personnel et recrutement, responsabilité, COVID-19, modèle transthéorique des étapes du changement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupes de discussion</li> </ul>	Qualitative	Personnel
3. Réduction des coûts	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coûts moyens de la prise en charge à domicile, nombre moyen d'heures de prise en charge à domicile, durée moyenne de la prise en charge en jours (Données générales)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Données générales</li> </ul>	Quantitative	Personnel
4. Phase de mise en œuvre/transition	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aperçu général des éléments permettant une meilleure prise en charge des patients, meilleure rétention du personnel et réduction des coûts. Permet le transfert et l'évaluation du modèle TICC dans différents contextes et pays.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schéma directeur : Résumé des données pour les Thèmes 1, 2 et 3.</li> </ul>	Quantitative/ Qualitative	Patients, personnel et aidants informels

## Enquêtes quantitatives

Les enquêtes quantitatives ont eu un rôle important dans l'évaluation de TICC et ont permis de mesurer les concepts centraux dans la mise en œuvre du modèle. Le Tableau 3 présente les variables opérationnalisées et la manière dont les concepts ont été évalués. Le personnel soignant a reçu un questionnaire au moment de l'intégration dans une équipe TICC (V1) ou d'une équipe témoin. Subséquemment, un questionnaire a été rempli tous les douze mois pour permettre le suivi des progrès (V2, V3 etc). Dans la mesure du possible, un questionnaire a également été rempli au moment où un participant quittait son organisation.

Les patients pris en charge par une équipe TICC ou une équipe témoin ont remplis un questionnaire au moment de l'initiation des soins (V1), puis un autre après trois à six semaines (V2), puis ensuite tous les six mois (V3, V4...) jusqu'à la fin de la prise en charge. Cette même structure a été utilisée pour les aidants informels. Le Tableau 4 présente le détail des questionnaires utilisés et décrit leur application par groupe cible. Les enquêtes ont été remplies en ligne. Néanmoins, les potentielles difficultés que pouvaient avoir certains répondants avec l'environnement numérique ont été prises en considération, et une version papier du questionnaire pouvait être utilisée.

Tableau 4 Questionnaires quantitatifs utilisés au cours de l'étude, par groupe cible.

Patients	Aidants informels	Personnel soignant
Le <i>Consumer Quality Index</i> (CQI) standardisé. Ce questionnaire a permis d'obtenir des informations sur les variables démographiques des patients, la qualité des soins et la satisfaction des patients.	Échelle de <i>Zarit Burden Interview</i> , ZBI-22 ou ZBI-12. Le questionnaire a permis d'obtenir des informations sur le fardeau supporté par les aidants informels.	<i>Copenhagen Psychosocial Questionnaire</i> (COPSOQ). Le questionnaire a évalué les risques psychosociaux chez le personnel soignant.
Le questionnaire <i>Impact on Participation and Autonomy</i> (IPA). Le questionnaire a mesuré les variables concernant l'indépendance, l'auto-gestion et l' <i>empowerment</i> .		<i>Psychological Empowerment Instrument</i> (PEI). Le questionnaire a mesuré l'empowerment des équipes soignantes.
Le MOS-SF-36 ou SF-12. Le questionnaire a évalué la qualité de vie liée à la santé du point de vue du patient. En raison d'une meilleure faisabilité, la majorité des partenaires ont choisi d'utiliser le SF-12.		AUn questionnaire « interne » a mesuré les velléités de départ des employés.

Pour compenser le manque de groupes témoins en France, un protocole d'évaluation supplémentaire a été créé pour deux partenaires français, PP6 et PP14. Le protocole, intitulé IMPACT-TICC, visait à utiliser la base de données médico-administrative publique de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Les objectifs principaux de ce protocole ont été d'évaluer l'impact des équipes TICC sur les hospitalisations imprévues, les admissions en maison de santé, les coûts des soins et le taux de mortalité. Le processus d'approbation a commencé en juin 2020, et l'accord a été obtenu en avril 2021. Néanmoins, même si l'accès aux données des patients TICC a été accordé en septembre 2022, l'accès aux données des patients témoins français n'était pas encore possible au moment de la rédaction du présent rapport. De plus, le nombre de patients a été plus bas que prévu (129 patients disponibles alors que les partenaires estimaient pouvoir inclure 300-400 patients). Pour ces raisons, nous n'avons pas incorporé IMPACT-TICC dans ce rapport d'évaluation.

## Extraction des données générales

Dans ce projet, la collecte de « données générales » désigne les données qui sont enregistrées dans les systèmes informatiques des organisations, relatives aux patients et au personnel soignant. Les équipes TICC et les groupes témoins ont été inclus entre 2018 et 2022. L'extraction des données a eu lieu deux fois par an, tous les six mois. Les données extraites incluaient : l'âge du personnel soignant, le nombre de jours d'arrêt maladie, le nombre d'heures hebdomadaires de travail, l'âge des patients, le nombre d'heures de soins à domicile requis, la durée moyenne des soins, le nombre moyen de visites, le nombre d'admissions imprévues à l'hôpital et le coût moyen de la prise en charge à domicile. Néanmoins, tous les partenaires n'ont pas été en mesure d'extraire l'intégralité de ces données.

## Analyse des données

Pour les enquêtes quantitatives, le plan d'analyse statistique suivant a été mis en place : les données de tous les partenaires ont été analysées ensemble par des modèles de régression linéaire mixte, permettant l'estimation de l'effet de groupe sur l'évolution des scores depuis la première visite (V1).

Pour les patients, seules les données récoltées lors des cinq premières visites (V1 à V5) ont été prises en considération, le nombre de réponses étant trop bas lors des visites suivantes. Le modèle de régression a permis l'estimation de l'effet de groupe (équipes TICC vs équipes témoin) sur les scores, de l'effet du temps (l'évolution des scores selon le nombre de visites), de l'interaction entre le temps et le groupe (c.à.d. un effet de groupe sur l'évolution des scores selon le nombre de visites) et de l'effet pays. En introduisant un effet

aléatoire, le modèle a également pris en compte la répétition des mesures auprès des patients (intercept aléatoire) et l'effet partenaire spécifique (pente aléatoire).

Pour les équipes soignantes et les aidants informels, le nombre de réponse a été insuffisant après la deuxième visite, donc le modèle mixte a été utilisé pour expliquer l'évolution entre les deux premières visites (V1 et V2). Un effet de groupe et un effet pays ont été estimés, et l'effet partenaire spécifique a également été pris en considération (pente aléatoire).

Les moyennes marginales ont été calculées et représentées au sein de chaque groupe. Les moyennes marginales sont la moyenne d'évolution des scores au niveau de la population depuis V1, calculées selon les modèles mixtes. Il s'agit donc d'une moyenne incluant tous les partenaires et pays. Pour les patients, à partir du moment où nous avons découvert un effet visite significatif (ce qui veut dire une évolution des scores avec le temps), les moyennes marginales ont été calculées par visite. Tous les intervalles de confiance et les valeurs-p sont calculées par bootstrap, et le niveau de significativité a été fixé à 5%. Une analyse a été réalisée en utilisant R (R Core Teams). Pour les données générales, une simple représentation graphique a été utilisée.

## Groupes de discussion

Des groupes de discussion ont été utilisés afin d'avoir une meilleure compréhension de l'expérience de mise en œuvre du modèle TICC et pour démontrer les différences culturelles entre les pays participants. Les groupes de discussion sont un moyen efficace et flexible pour mener un dialogue de groupe. Les groupes de discussion peuvent être adaptés pour répondre à différents besoins (13).

Les participants étaient le personnel soignant ayant travaillé au sein du modèle TICC pendant au moins six mois. Pour chaque organisation de santé participante, les groupes de discussion regroupaient un mélange d'un maximum de douze participants appartenant à différentes équipes de soins. La première série de groupes de discussion a eu lieu après la mise en œuvre du modèle TICC, mais la date exacte pouvait varier selon les partenaires. Tous les premiers groupes de discussion ont eu lieu entre novembre 2019 et mars 2020. La seconde série de groupes de discussion a eu lieu un an plus tard, entre juillet 2020 et avril 2021. Enfin, la troisième série de groupes de discussion a eu lieu entre novembre 2021 et avril 2022.

Les organisations ont reçu un guide d'étude (basé sur des preuves) incluant une liste de sujets et des explications sur la manière dont les groupes de discussion devront être organisés. La même liste initiale de sujets a été utilisée lors de chaque série de groupes de discussions. La liste de sujets a été mise à jour après la première série pour y inclure les questions relatives à l'impact de la pandémie mondiale de COVID-19. Un autre amendement a été réalisé lors de la troisième série afin d'y inclure le degré de mise en œuvre du modèle à la fin du projet par l'utilisation du modèle transthéorique des étapes du changement (14). Ce modèle a été appliqué pour indiquer, d'une manière claire et visuelle, l'état d'avancée des changements liés à la mise en œuvre du modèle TICC.

L'analyse de groupes de discussion individuels a été réalisée par codage et regroupement des réponses par thème, par partenaire et par pays. La première série de groupes de discussion a été évaluée par un seul chercheur, puis contre-validée et affinée par deux autres chercheurs. La seconde série de groupes de discussion a été codée après la première série de groupes de discussion par un chercheur également impliqué dans le codage initial. La troisième série de groupes de discussion a été analysée par deux nouveaux chercheurs qui n'étaient pas préalablement impliqués dans le projet. Ils ont comparé les résultats de la troisième série de groupes de discussion afin de créer un résumé complet de toutes les séries de discussions.

## Aspects éthiques

Pour l'étude clinique, une requête éthique a été soumise à l'Université d'Antwerp, en collaboration avec l'organisation Emmaüs. Une recommandation positive a été donnée en 2018, et l'étude a été lancée selon le protocole d'étude initialement élaboré. Pour les partenaires du Royaume-Uni, une autorisation de la HRA et REC a été accordée en septembre 2018 pour permettre de mener l'étude au sein des organisations liées à la NHS (IRAS:247923, REC 18/LO/1458). Tous les amendements à l'étude ont été approuvés par la HRA et REC, selon leurs exigences. L'étude a utilisé des questionnaires anonymes et a suivi les répondants par un système de codage. Les chercheurs n'ont pas été impliqués dans l'attribution des codes afin de garantir l'anonymat des participants. Ce processus a été réalisé avec soin. Au cours de l'étude, le fardeau lié au remplissage des questionnaires a été évalué à plusieurs reprises. Ainsi, lorsque le fardeau a causé des résultats négatifs, des ajustements au protocole d'étude ont été réalisés. Des chercheurs indépendants du Royaume-Uni ont donné de leur temps pour soutenir les équipes soignantes dans le remplissage des questionnaires. Les répondants se sont portés volontaires pour participer à l'étude et pouvaient se retirer de l'étude à tout moment, sans conséquences.

# 3 Résultats

---

**3.1 Phase 1 : avant la mise en œuvre**

**3.2 Phase 2 : après la mise en œuvre**



Les résultats sont présentés en distinguant la phase 1 (avant mise en œuvre) de la phase 2 (après mise en œuvre). La phase 1 consiste en une analyse bibliographique et une mesure du degré de préparation à la mise en œuvre par analyse des lacunes.

- La Section 3.1.1 présente l'analyse bibliographique et les opinions d'experts sur les aspects importants de la mise en œuvre du modèle TICC.
- La Section 3.1.2 présente les analyses des lacunes réalisées au cours de la phase 1. Cette section présente également deux analyses des lacunes supplémentaires montrant les progrès de la mise en œuvre dans le temps.

La phase 2 contient les résultats de l'étude clinique, divisés selon des thèmes principaux :

- La Section 3.2.1 présente le nombre de répondants dans l'étude clinique.
- La Section 3.2.2 présente les résultats généraux des groupes de discussion I, II et III.
- La Section 3.2.3 présente les progrès de mise en œuvre du modèle TICC et met en lumière la progression et les expériences.
- La Section 3.2.4 présente les équipes soignantes travaillant selon le modèle TICC, en se concentrant sur leur autonomie, satisfaction, intention de départ et arrêts maladie.
- La Section 3.2.5 évoque l'amélioration des soins prodigués aux patients par la mise en œuvre du modèle TICC, et se concentre sur l'autonomie des patients, la satisfaction, l'efficacité des soins et le fardeau pour les aidants informels.
- La Section 3.2.6 aborde le sujet de la réduction des coûts des soins grâce à la mise en œuvre du modèle TICC.

## 3.1 Phase 1 : avant la mise en œuvre



## 3.1.1 Analyse bibliographique et interprétation par les experts

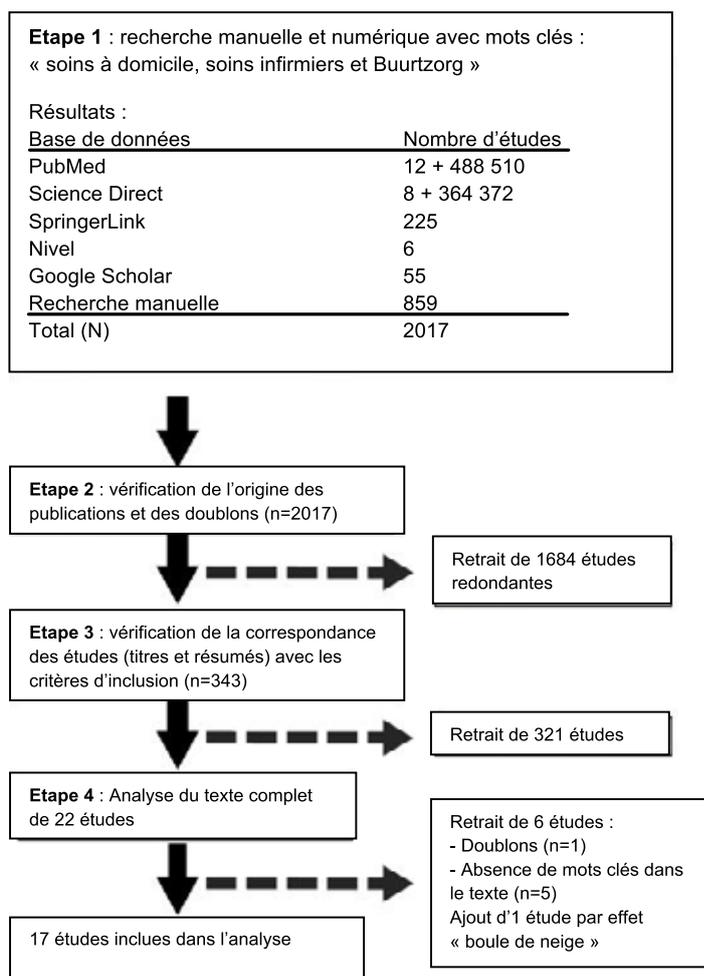
L'objectif de l'analyse bibliographique a été d'identifier les facteurs favorisant et les obstacles aux soins à domicile menés par des professionnels de santé, incluant les politiques de santé, la réglementation, les modélisations financières, les aspects pédagogiques et les connaissances et méthodes des personnels infirmiers. Les résultats ont ainsi permis l'élaboration d'une stratégie d'évaluation et d'une analyse des lacunes (voir paragraphe 3.1.2).

La recherche initiale a identifié 2017 articles. Après un premier tri pour identifier les doublons, 1684 articles ont été mis de côté. Parmi les 343 articles restants, 321 ne remplissaient pas les critères d'inclusion et ont été éliminés après examen du titre et/ou résumé. Les 22 articles restants ont été lus dans leur intégralité. Un processus de cartographie a été initié, et les données relatives aux politiques publiques, à la réglementation, aux modèles financiers, aux aspects pédagogiques et aux connaissances et méthodes des personnels infirmiers ont été extraites. Six articles ont été éliminés en raison de doublon (n=1) ou d'absence de mots clés (n=5), ne laissant que seize articles pour analyse. Un article a été ajouté par la méthode dite de la « boule de neige », résultant en un total final de dix-sept articles (Schéma 4).

Les résultats de l'analyse de la littérature validée par les pairs ou de la littérature grise ont été synthétisés et rapportés. La sixième étape de cette analyse a donné lieu à un processus de consultation, réalisé lors d'une réunion le 8 février 2018 à Hooglanderveen. Au cours de cette réunion, la méthode du World Café a été utilisée pour collecter les informations auprès de tous les partenaires. Lors d'un premier tour, les avis des participants sur les facteurs favorisant et obstacles relatifs aux différents thèmes ont été collectés. Lors du second tour, ces avis ont été comparés aux résultats de l'analyse bibliographique. Des similarités et des différences ont été identifiées. Sur la base de ce résultat, certains sujets ont été ajoutés.

En fin de compte, nous avons identifié dix-huit facteurs facilitants et huit obstacles aux soins infirmiers à domicile. Ces différents sujets ont été catégorisés selon cinq thèmes principaux : **politiques et organisation, volets pédagogiques et connaissances du personnel infirmier, modélisation financière, méthodes et droit/législation**. Les articles représentent le point de vue du personnel infirmier et d'autres professionnels de santé (quatorze articles), des patients (cinq articles) et des membres de la famille (un article).

Schéma 4 Schéma représentant la recherche et le processus d'inclusion de l'analyse bibliographique



### Politique et organisation

Cinq facteurs favorisants et un obstacle ont été identifiés. Les facteurs favorisants sont : 1) la continuité des soins, 2) l'attention particulière portée à la facilitation du travail du personnel de première ligne, 3) l'utilisation de petites équipes autogérées, 4) les soins intégrés et 5) une approche holistique. L'obstacle identifié dans la littérature est le défi de devoir prodiguer des soins 24h/24 et 7j/7, de manière efficace et effective. La continuité des soins a été identifiée comme facteur favorisant dans douze articles. Une des caractéristiques des soins selon le modèle Buurtzorg est que les infirmières gèrent tout le processus de soins (15-18), il y a moins de changements de professionnels de santé (16-20), il y a un bon échange d'informations entre les professionnels impliqués (17, 18, 20-22), ce qui donne lieu à une meilleure qualité des soins et une satisfaction des patients plus élevée (15, 17, 20, 23). Le facteur facilitant suivant, *l'attention particulière portée à la facilitation du travail du personnel de première ligne*, a été mentionné dans dix articles. En limitant les tâches administratives et en donnant de l'autonomie aux professionnels de santé, cela crée une opportunité pour augmenter la fréquence et la durée du contact avec le patient (15, 16, 18, 20, 23-26). L'utilisation de petites équipes autogérées, également mentionnée dans dix articles, est typique du modèle Buurtzorg, permettant un meilleur esprit d'équipe (4, 16, 17, 20, 27). Par ailleurs, le modèle Buurtzorg permet également *les soins intégrés* (n=3), car il vise à améliorer les soins prodigués aux patients au travers d'une meilleure coordination, en tissant des liens entre les services, en coordonnant les équipes et en regroupant les ressources (18, 20). Le dernier facteur favorisant, *l'approche holistique*, a été mentionné dans trois articles (15, 26, 27).

Trois études ont mis en évidence un obstacle lié aux politiques de soins à domicile, c'est à dire *le défi de devoir prodiguer des soins 24h/24 et 7j/7, de manière efficace et effective* (20, 22, 24). Pour illustrer cela, deux études ont fait état d'une charge de travail accrue et de difficultés pour prodiguer les soins imprévus (20, 24). Une étude a rapporté que la continuité des soins au cours du weekend pouvait constituer un défi, car le manque de professionnels disponibles lors des weekends peut donner lieu à une charge de travail plus élevée, générant ainsi une expérience de soin moins positive pour les patients (22). Une étude a également mentionné les difficultés d'organisation de réunions structurées avec divers professionnels travaillant en temps partiel. Les contrats à temps partiel peuvent également menacer la continuité des soins, et requièrent une surveillance attentive. Enfin, toutes les installations nécessaires doivent être disponibles dans le bureau local (20).

### **Volets pédagogiques et connaissances du personnel infirmier**

Cinq facteurs favorisant et deux obstacles ont été identifiés dans la bibliographie. Les facteurs favorisant sont : 1) un haut degré d'autonomie et d'indépendance, 2) des soins centrés sur le patient, 3) le développement de l'autonomie et de la confiance chez les patients, 4) un bon transfert des informations relatives aux patients, et 5) la disponibilité de professionnels polyvalents. Deux obstacles ont été identifiés pour les volets pédagogiques et les connaissances du personnel infirmier dans trois études différentes : 1) une pression professionnelle accrue et 2) une augmentation du besoin de soutien pédagogique.

Sept études ont montré que le personnel infirmier travaillant dans des équipes de soins infirmiers à domicile avait *un haut degré d'autonomie et d'indépendance*, rendant leur travail plus agréable et stimulant (19), et leur donnant plus de liberté et de flexibilité (15, 16, 18-21, 26). Sept autres études ont démontré le succès des soins centrés sur le patient : le personnel infirmier travaillant dans des équipes de soins infirmiers à domicile passait plus de temps avec leurs patients, permettant de mieux écouter les patients et leurs familles (20, 23, 25, 26), et se montrait plus disponible, donnant lieu à une meilleure qualité de soins et une satisfaction des patients plus élevée (4, 17, 20, 23, 28). Le troisième facteur favorisant a été identifié dans quatre études, montrant que le personnel infirmier travaillant dans des équipes de soins infirmiers à domicile pouvait *cultiver l'autonomisation, l'empowerment et la confiance chez leurs patients*, car il pouvait consacrer plus de temps à chaque patient au début de la prise en charge, donnant lieu à un retour à l'autonomie plus rapide et une réduction des réadmissions (22, 24, 25, 27). Le quatrième facteur favorisant, identifié dans trois études, est le fait que le personnel soignant travaillant dans des équipes de soins infirmiers à domicile était en mesure d'*assurer un bon transfert des informations relatives aux patients* afin de garantir la continuité des soins (17, 20, 22). Enfin, le cinquième facteur favorisant, identifié dans trois articles, est que *le personnel infirmier travaillant dans des équipes de soins infirmiers à domicile est polyvalent* : ce personnel est créatif, flexible, compétent et capable d'agir en dehors de son domaine de formation (4, 16, 20).

Lors de l'examen des obstacles, il est apparu que les équipes autogérées causent une pression professionnelle accrue pour le personnel infirmier (24, 26). Par ailleurs, le personnel infirmier exprime un besoin de soutien pédagogique relatif à l'organisation des équipes autogérées, aux aspects financiers et aux outils numériques (20, 26).

### **Modélisation financière**

Quatre facteurs favorisant et un obstacle ont été identifiés. Les facteurs favorisant sont : 1) l'organisation hiérarchique horizontale, 2) l'effet de la promotion de la santé et la maximisation de l'indépendance des patients, 3) le statut d'organisme à but non lucratif, et 4) l'utilisation d'une classification standardisée. L'obstacle est le manque de connaissances des professionnels de santé sur les aspects financiers.

Le premier facteur favorisant (n=7) est que les équipes de soins infirmiers à domicile bénéficient d'une *organisation hiérarchique horizontale* : il n'y a pas de lien hiérarchique, et le référent est uniquement là pour

faciliter le travail des équipes de première ligne (4, 15-18, 27, 29). Le second facteur favorisant (n=7) est *l'effet de la promotion de la santé et la maximisation de l'indépendance des patients*, au travers des formations prodiguées dans l'aux soins auto-administrés et par la création, par les professionnels de santé, de réseaux ou outils pour les patients. Bien que le nombre d'heures de soins soit plus élevé au moment de la prise en charge, le nombre total d'heures de soin en fin de parcours est plus faible (4, 17, 19, 22, 27, 30). Le fait que les équipes de soins infirmiers à domicile fassent partie d'*organismes à but non lucratif* a également été identifié comme un facteur favorisant (n=3). Les bénéfices et les économies sont réinvestis dans le personnel infirmier, dans de l'innovations, dans des projets et dans des ressources, permettant ainsi une meilleure qualité de soins (16, 18, 22). Le quatrième facteur favorisant (n=1) est l'utilisation d'un *système de classification standardisé* (ex : Omaha) comme outil de base pour les tâches administratives liées aux soins à domicile, permettant une réduction des coûts administratifs (18).

Le modèle financier de Buurtzorg cause un obstacle (n=1) qui est le manque de connaissances des professionnels de santé sur les aspects financiers (20).

### Méthodes

Trois facteurs favorisants ont été identifiés, aucun obstacle. Les facteurs favorisants sont : 1) la formation des patients aux soins auto-administrés et à l'indépendance, 2) l'utilisation de systèmes informatiques, et 3) l'attention particulière accordée aux activités préventives.

Le premier facteur favorisant (n=6) est que le personnel infirmier forme les patients à l'auto-administration des soins et à l'indépendance, donnant lieu à un retour à l'autonomie plus rapide et une réduction des réadmissions (18, 22, 24, 25, 27, 30). Le second facteur favorisant (n=5) est *l'utilisation de systèmes informatiques* (dossier numérique du patient, par ex. le système Omaha), qui facilitent la communication entre collègues et permettent une meilleure transparence dans les questions financières et la productivité des équipes (4, 17, 18, 21, 29). Le dernier facteur favorisant (n=2) lié aux méthodes est le fait que les équipes de soins infirmiers à domicile *accordent une attention particulière aux activités préventives*, dès le début de la prise en charge (4, 22).

### Droit/législation

Un facteur facilitant a été identifié, aucun obstacle. Le facteur facilitant est la législation. Ce facteur facilitant (n=1) implique que la législation peut faciliter la création d'équipes de soins infirmiers à domicile pour prodiguer des soins au niveau local et faciliter l'obtention des autorisations nécessaires pour les équipes de première ligne (20).

## Interprétation des résultats importants par les experts

Cinq tables rondes ont été organisées selon la méthode World Café pour discuter des facteurs facilitants et obstacles identifiés dans chaque thème. Lors d'un second tour, certaines différences et similarités entre les thèmes ont été identifiées. En conséquence, certains sujets ont été ajoutés.

Dans le thème **politique et organisation**, certaines similarités et différences ont été identifiées au sein des facteurs favorisants et des obstacles. Des facteurs favorisants similaires ont été mentionnés : 1) l'attention particulière portée à la facilitation du travail du personnel de première ligne, 2) le travail au sein de petites équipes autogérées, et 3), l'approche holistique. En raison de l'attention particulière portée à la facilitation du travail du personnel de première ligne, le personnel infirmier rapporte être en mesure de se réappropriier leur profession, car le modèle Buurtzorg leur permet de se concentrer sur leur cœur de métier. Les infirmières Buurtzorg apprécient la flexibilité et le contrôle qu'elles ont sur le temps. Par ailleurs, le travail au sein de petites équipes autogérées, soutenues par un « coach » qui facilite la prise de décision sans s'imposer, a été identifié comme un facteur favorisant les soins infirmiers à domicile par les participants. Enfin, les avantages

d'une approche holistique et non seulement somatique, ainsi que d'une approche multidisciplinaire, ont été régulièrement mentionnés lors de la réunion d'experts. Un obstacle identifié dans la littérature et confirmé par les experts est le manque d'installations dans le bureau local.

Les différences concernaient un facteur favorisant et un obstacle. L'analyse bibliographique a identifié un obstacle dans le manque de réunions structurées, mais cet obstacle ne semble pas en être un. Les partenaires ont mentionné qu'il existait une structure claire et précise pour organiser et mener de telles réunions d'équipes. Enfin, contrairement à ce qui s'est dégagé de la littérature, les partenaires rapportent que le travail au sein de petites équipes autogérées peut également constituer un obstacle, car donnant lieu à de l'isolement professionnel et un manque de soutien.

Après la réunion d'experts, trois éléments ont été ajoutés à ceux identifiés dans la littérature pour le thème « politique et organisation » : 1) un leadership engagé, 2) une préparation organisationnelle, et 3) une vision commune. L'engagement des cadres dirigeants est vital pour mener les changements vers les soins intégrés à domicile, non seulement pour permettre la réorganisation du système de santé actuel en petites équipes autogérées, mais également pour garantir l'attention et le soutien des cadres dirigeants dans l'exécution de ces changements. La préparation organisationnelle au changement radical est également un facteur favorisant. Dans quelle mesure l'organisation est-elle « prête » pour le changement menant à de tels soins intégrés à domicile? Enfin, une vision commune des soins intégrés est-elle essentielle pour une mise en œuvre réussie?

Tous les sujets du thème **volets pédagogiques et connaissances du personnel infirmier**, qu'ils soient facteurs favorisants ou obstacles, ont été confirmés par les partenaires. Dans la lignée des résultats de l'analyse bibliographique, les participants ont exprimé le besoin d'éducation ciblée et pertinente pour soutenir les professionnels travaillant dans des équipes autogérées.

Au sein du thème **modélisation financière**, les avantages de l'organisation hiérarchique horizontale et de l'absence de liens hiérarchiques ont également été mis en avant par les participants. Le fait que le modèle Buurtzorg permette des réductions du coût des soins a également fait l'unanimité. Une différence entre l'analyse bibliographique et la réunion d'experts concernait le système Omaha. Bien qu'identifié comme facteur favorisant dans la littérature, un des partenaires a mentionné que le système Omaha n'était pas adapté à la prise en charge des soins à domicile de patients avec des besoins psychiatriques spécifiques. Bien que le système Omaha réponde à de nombreux besoins, le système de classification idéal devrait pouvoir être utilisé pour tous les aspects de la prise en charge à domicile.

Dans le thème **méthodes**, les trois facteurs favorisants mentionnés dans la littérature (la formation des patients aux soins auto-administrés et à l'indépendance, l'utilisation de systèmes informatiques et l'attention particulière accordée aux activités préventives) ont été confirmés par les participants. L'importance d'avoir un système informatique sécurisé permettant l'échange d'informations entre chaque sous-système a également été exprimée. A la suite de la réunion d'experts, l'utilisation de systèmes domotiques a été ajoutée aux facteurs favorisants, car le personnel infirmier travaillant au sein d'équipes de soins infirmiers à domicile utilise Skype pour vérifier si les patients prennent leur traitement, par exemple.

Le facteur favorisant du thème **droit/législation**, le besoin de législation favorable, a été confirmé au cours de la réunion. Par ailleurs, le sujet du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) a été ajouté au thème droit/législation. En raison de l'utilisation avancée de systèmes informatiques et d'outils numériques, la sécurité des données des patients doit être étroitement surveillée.

En général, nous pouvons dire que les participants à la réunion d'experts ont plutôt confirmés les résultats de l'analyse bibliographique, apportant néanmoins certaines nuances ou ajouts. Un aperçu de la liste finale est montré dans le Tableau 5.

Tableau 5 Facteurs facilitants et obstacles au modèle TICC selon l'analyse bibliographique et les opinions d'experts

Thèmes / Sujets	Indicateurs (structure, processus et résultat)
<b>Politique et organisation</b>	
Attention particulière portée sur la continuité des soins	Le personnel infirmier Buurtzorg gère tout le processus de soins, il y a moins de changements dans les professionnels de santé et il y a un bon échange d'informations entre les professionnels impliqués. Cela donne lieu à une meilleure qualité de soin et une satisfaction des patients plus élevée.
Attention particulière portée à la facilitation du travail du personnel de première ligne	Le personnel infirmier est libéré du fardeau administratif, est plus autonome, permettant plus de contact/temps passé auprès des patients et leurs familles.
Petites équipes autogérées	Fort esprit d'équipe, moins de bureaucratie.
Soins intégrés	Amélioration de la prise en charge des patients grâce à une meilleure coordination au travers de la mise en relation des services, la coordination des équipes et le regroupement des ressources.
Approche holistique	Permet de ne pas seulement se focaliser sur les problèmes somatiques. Approche multidisciplinaire.
Leadership engagé	L'engagement des cadres dirigeants est vital pour mener les changements vers des soins intégrés à domicile, non seulement pour permettre la réorganisation du système de santé actuel en petites équipes autogérées, mais également pour garantir l'attention et le soutien de tous les cadres dirigeants dans l'exécution de ces changements.
Préparation organisationnelle	La préparation organisationnelle au changement radical est également un facteur favorisant. Dans quelle mesure l'organisation est-elle « prête » pour le changement menant à de tels soins intégrés à domicile?
Vision commune	Une vision commune des soins intégrés est essentielle pour une mise en œuvre réussie.
The challenge of the efficient and effective organisation of the 24/7 provision of care	Peut mener vers une charge de travail accrue et des difficultés pour prodiguer les soins imprévus. Menace sur la continuité des soins durant le weekend. Les difficultés d'organisation de réunions structurées avec divers professionnels travaillant en temps partiel. Les contrats à temps partiel peuvent également menacer la continuité des soins, et requièrent une surveillance attentive. Présence d'installations dans le bureau local.
Petites équipes autogérées	Peut potentiellement mener vers une pression professionnelle accrue, un isolement professionnel et un sentiment de manque de soutien.
<b>Volets pédagogiques et connaissances du personnel infirmier</b>	
Haut niveau d'autonomie et d'indépendance	Travail plus agréable et stimulant, plus de liberté et de flexibilité pour les équipes soignantes.
Centré sur le patient	Plus de temps avec le patient, être en mesure d'écouter le patient et sa famille, meilleure accessibilité du personnel infirmier. Haute qualité des soins et satisfaction des patients
Développement de l'autonomie et de la confiance	Retour à l'autonomie plus rapide, réduction des réadmissions des patients.
Bon échange d'informations entre les professionnels	Continuité des soins.
Personnel polyvalent	Le personnel infirmier Buurtzorg est créatif, flexible, compétent et polyvalent.
Charge de travail	Le travail en petites équipes autogérées peut donner lieu à une augmentation de la charge de travail (réelle ou perçue).
Besoins en éducation plus élevés	Besoin de soutien pédagogique relatif à l'organisation d'équipes utogérées, aux aspects financiers et aux outils numériques.

Thèmes / Sujets	Indicateurs (structure, processus et résultat)
<b>Modélisation financière</b>	
Structure organisationnelle horizontale, pas de lien hiérarchique	Moins de frais généraux.
Effet de la promotion de la santé et la maximisation de l'indépendance des patients	Taux horaire supérieur, mais nombre réduit d'heures de soins, permettant une réduction des coûts des soins.
Organisation à but non lucratif : les bénéfices et les économies sont réinvestis dans le personnel infirmier, dans l'innovation, dans des projets et dans des ressources, permettant ainsi une meilleure qualité de soins	Meilleure qualité des soins.
Utilisation d'un système de classification (ex : Omaha)	Remplace la couche administrative de la prise en charge à domicile. Élimine certains coûts administratifs.
Besoin de connaissance sur les aspects financiers	
Les systèmes de classification (ex : Omaha) ne sont pas applicables à tous les cas de figure de la prise en charge à domicile	Moins de continuité des soins.
<b>Méthodes</b>	
Formation des patients à l'auto-administration des soins et à l'indépendance	Retour à l'autonomie plus rapide, réduction des réadmissions des patients.
Utilisation de systèmes informatiques	Meilleur contact avec le bureau local et entre collègues, meilleure transparence.
Attention particulière portée aux activités préventives dès le début de la prise en charge	Meilleure santé et amélioration du bien-être.
Utilisation de la domotique	Moins d'heures de soins
<b>Droit</b>	
Législation qui soutient les soins infirmiers à domicile	
Utilisation de la RGPD	Continuité des soins, sécurité des données des patients.
Utilisation avancée des systèmes informatiques et outils numériques	La sécurité des données des patients doit être étroitement surveillée (RGPD).

## 3.1.2 Préparation organisationnelle à la mise en œuvre

La préparation organisationnelle à la mise en œuvre du modèle TICC a été mesurée par analyse des lacunes à trois moments clés (voir chapitre 2.2). Une distinction a été établie entre les scores totaux et les scores sur échelle pour les cinq thèmes principaux du questionnaire. Les points de vue des PDG et des coachs d'équipes sont également comparés. Les tableaux et graphiques présentés utilisent une échelle allant de 1 à 10. Plus le score est élevé, meilleure sera l'évaluation par l'organisation de la mise en œuvre de cet élément.

Scores totaux



Schéma 5 Scores dans le temps avec comparaison entre PDG et coach d'équipe

Le schéma 5 montre les écarts entre les scores des PDG et des coachs d'équipe. Une augmentation progressive du score peut être constatée entre T0 et T1 et entre T1 et T2. Tandis que les PDG perçoivent la mise en œuvre des éléments du modèle Buurtzorg à 6,5, les coachs d'équipes perçoivent cela plus positivement à 7,7. Par ailleurs, à T2, soit la mesure finale, les coachs d'équipes notent la mise en œuvre de manière plus positive que les PDG. Néanmoins, les PDG comme les coachs d'équipes ont tous deux mieux noté le processus de mise en œuvre à T2 comparé à T0 ou T1. Une information approfondie relative au point de vue des PDG par organisation est disponible dans le Schéma 6. La première colonne montre les scores moyens, et les autres colonnes montrent les scores par organisation. De manière générale, une tendance à la hausse du score peut être constatée entre T0 et T1 et entre T1 et T2. Seule une organisation (PP5) dévie de cette tendance, car la mesure de référence donnait une évaluation plus positive.

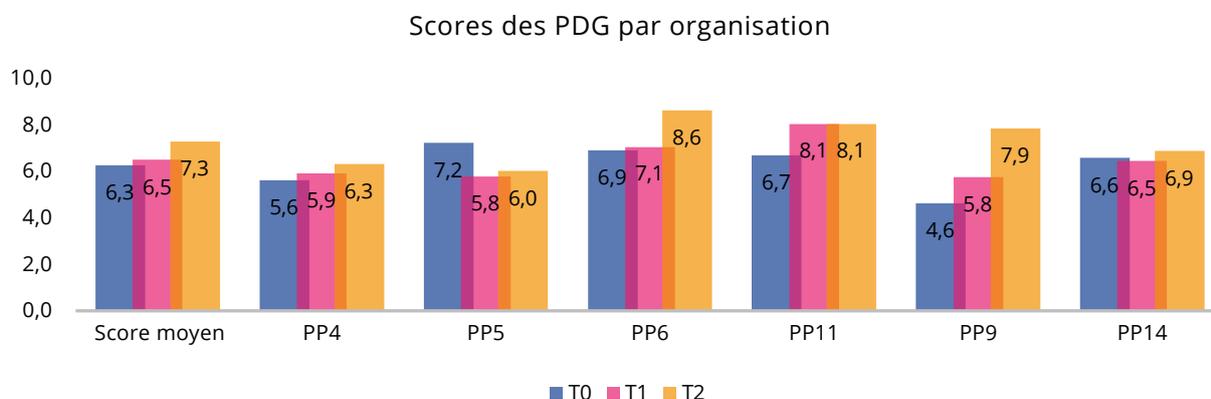


Schéma 6 Scores dans le temps des PDG par organisation

Concernant le point de vue des coachs d'équipes, une information détaillée est présentée dans le Schéma 7. Dans ce cas aussi, le score moyen est présenté dans la première colonne, montrant que, pour les coachs d'équipes, seules deux mesures ont été effectuées (T1 et T2) et non trois. En moyenne, le score a augmenté entre T1 et T2; seule une organisation (PP5) dévie de ces résultats. Le score moyen attribué par les coachs d'équipe est de 7,7 pour T1 et de 8,2 pour T2.

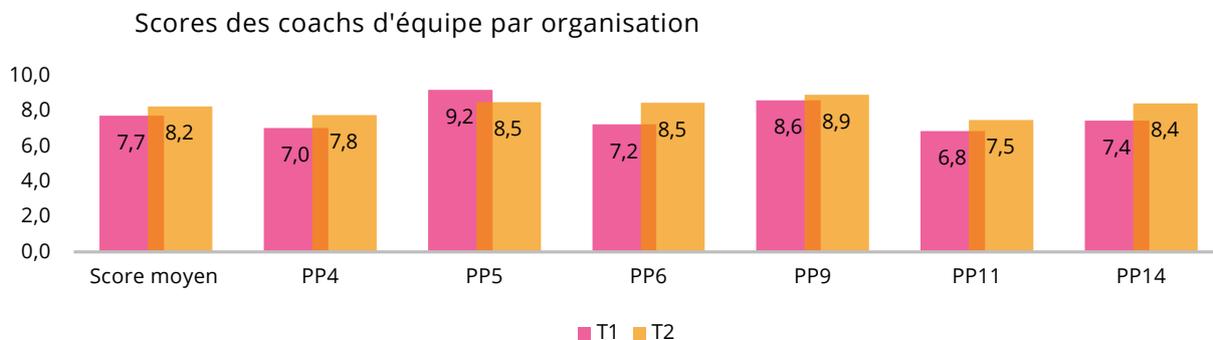


Figure 7 Team coach perspective gap-scores over time presented per organization

En examinant les différences de points de vue entre les PDG et les coachs d'équipe par organisation (Schéma 8, Schéma 9), il y a en T1 une forte déviation pour PP9 et PP5 (Schéma 8). Les coachs d'équipes y ont évalué la mise en œuvre de manière plus positive. Il y a une différence de 2,8 points pour PP9 et 3,4 points pour PP5. Le Schéma 9 présente les différences de points de vue entre PDG et coachs d'équipes par organisation en T2. Dans ce cas aussi, les coachs d'équipes notent la mise en œuvre de manière plus positive que les PDG : 8,2 comparé à 7,3. La mesure en T2, comme pour T1, a également montré une différence pour PP5, soit 2,5 points en faveur du coach d'équipe. Des différences peuvent également être perçues pour PP14 et PP4. PP11 est la seule organisation où le PDG a évalué la mise en œuvre de manière plus positive que le coach d'équipe.

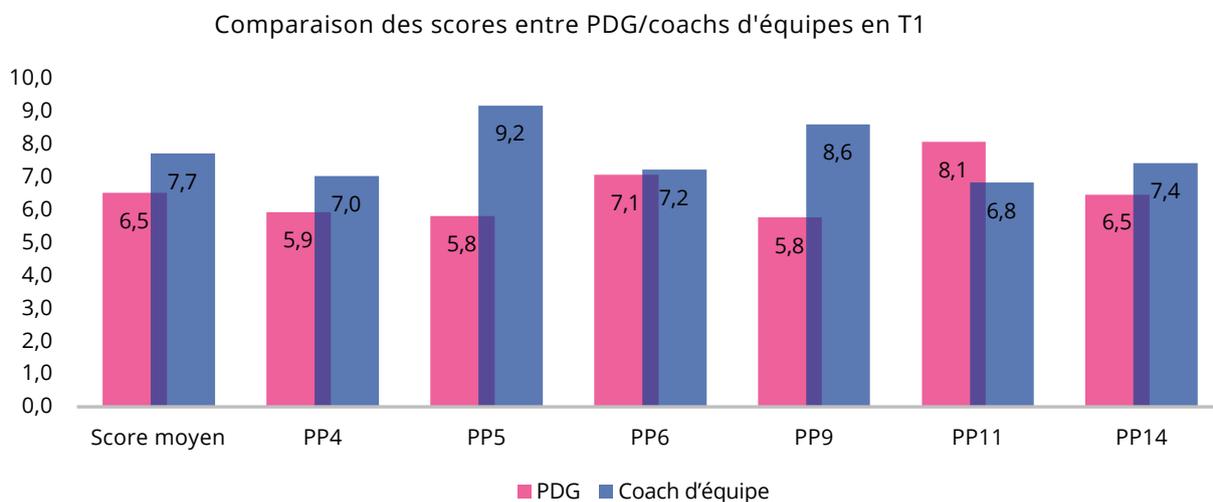


Schéma 8 Comparaison des scores entre les PDG et les coachs d'équipe en T1

### Comparaison des scores entre PDG/coachs d'équipes en T2

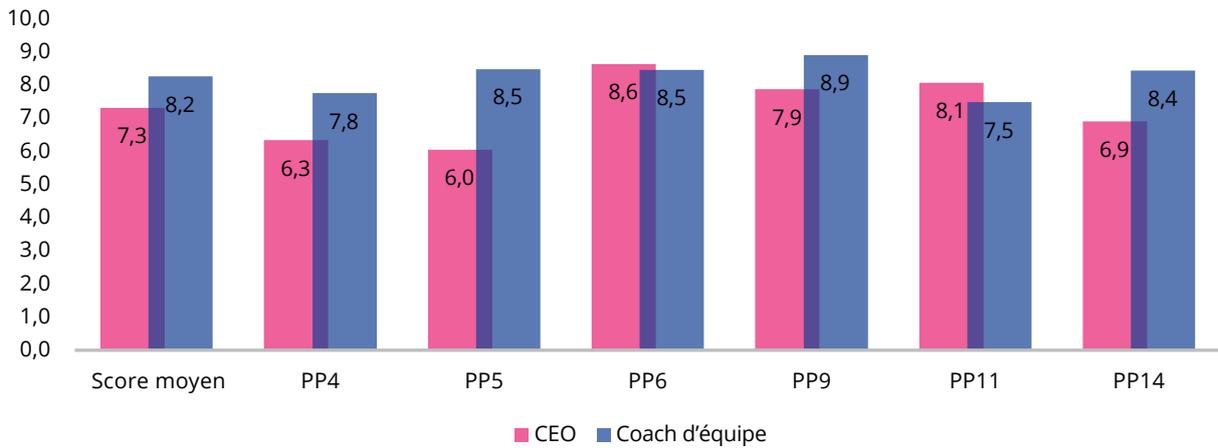


Schéma 9 Comparaison des scores entre les PDG et les coachs d'équipe en T2

Le Schéma 10 donne une vision d'ensemble par thème pour les PDG et les coachs d'équipe. Les thèmes « Politique et organisation » et « Volets pédagogiques et connaissances du personnel infirmier » ont obtenu des scores supérieurs aux trois autres thèmes. Il est notable que les PDG donnent des notes très basses sur le thème « droit/législation », alors que ces notes sont bien plus élevées pour les coachs d'équipe. Une analyse par thème est présentée dans les pages suivantes.

### Écarts moyens par thème

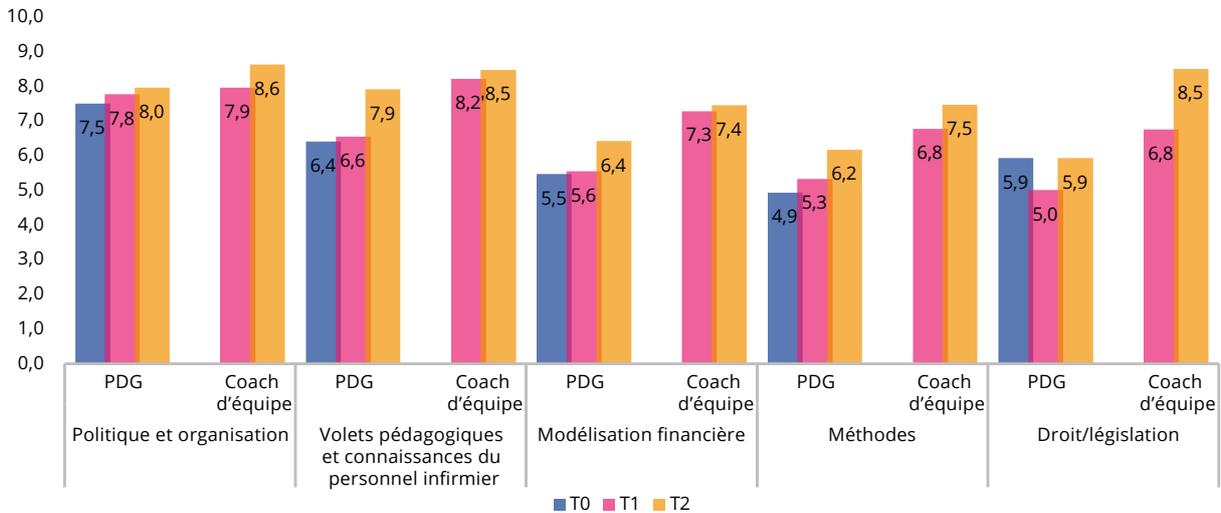


Schéma 10 Écarts moyens de scores par thème entre PDG et coachs d'équipe

## 3.2 Phase 2 : l'étude clinique



## 3.2.1 Les répondants de l'étude clinique

### Étude quantitative

#### Patients

Le nombre de patients lors de chaque visite est résumé dans le Tableau 6. Néanmoins, tous les patients n'ont pas rempli tous les questionnaires, et il y a des différences dans les questionnaires selon les versions utilisées par les partenaires. Par exemple, la qualité de vie a été mesurée au Royaume-Uni par MOS-SF-36 mais la version raccourcie MOS-SF-12 a été utilisée par les partenaires des autres pays. Un total de 197 patients a été inclus dans le groupe TICC, et 26 dans le groupe témoin. Lors de la seconde visite, 135 patients du groupe TICC étaient disponibles, et 21 dans le groupe témoin.

Tableau 6 Nombre de patients répondants par PP, visite et groupe.

PP	Pays	Groupe	Visites				
			1	2	3	4	5
PP4	RU	Cible	15	11	9	8	5
PP4	RU	Témoin	24	20	9	8	8
PP5	RU	Cible	12	5	6	2	
PP5	RU	Témoin	2	1	1	1	
PP6	FR	Cible	83	71	36	19	8
PP9	BE	Cible	63	29	10	3	1
PP11	FR	Cible	15	12			
PP14	FR	Cible	9	7	5	3	2

Pour les partenaires du Royaume-Uni et de la Belgique, les patients ont également rempli un *Consumer Quality Index* qui contient certaines informations sur la situation du patient. La description de ces informations est disponible dans le Tableau 7. Le nombre de répondants est variable selon les items.

Tableau 7 Description des patients pris en charge par les partenaires au Royaume-Uni et en Belgique (PP4, PP5 et PP9).

Variable	Stat/Modalités*	Cible N (%)	Témoin N (%)
<b>Durée de prise en charge au sein de cette organisation</b>	Moins d'un an	46 (35.4%)	17 (30.9%)
	De 6 mois à moins d'un an	24 (18.5%)	16 (29.1%)
	1 à 2 ans	28 (21.5%)	8 (14.5%)
	2 à 5 ans	27 (20.8%)	9 (16.4%)
	Plus de 5 ans	5 (3.8%)	5 (9.1%)
			<b>n=130</b>
<b>Age</b>	M +/- SD	76.7 +/- 16.5 n=49	73.1 +/- 13.8 n=24
<b>Niveau d'éducation</b>	Pas de diplômes	7 (7.6%)	0 (0%)
	Enseignement primaire	10 (10.9%)	3 (13%)
	Enseignement secondaire	13 (14.1%)	13 (56.5%)
	Enseignement post-secondaire	13 (14.1%)	1 (4.3%)
	Enseignement professionnel	8 (8.7%)	3 (13%)
	Diplôme universitaire de premier cycle	10 (10.9%)	0 (0%)
	Diplôme universitaire de second cycle	6 (6.5%)	1 (4.3%)
	Doctorat	1 (1.1%)	0 (0%)
	Autre	24 (26.1%)	2 (8.7%)
		<b>n=92</b>	<b>n=23</b>
<b>Conditions de vie</b>	Logement personnel	39 (92.9%)	28 (59.6%)
	Habite chez un parent	0 (0%)	0 (0%)
	Habite chez un frère ou une sœur	1 (2.4%)	1 (2.1%)
	Habite chez un autre membre de la famille	0 (0%)	1 (2.1%)
	Habite chez un ami	0 (0%)	7 (14.9%)
	Autres conditions de vie	2 (4.8%)	10 (21.3%)
		<b>n=42</b>	<b>n=47</b>
<b>Ami ou membre de la famille qui vous aide</b>	Non	11 (34.4%)	7 (22.6%)
	Oui, mon époux, mon épouse, mon partenaire de vie	11 (34.4%)	15 (48.4%)
	Oui, mes parents	1 (3.1%)	0 (0%)
	Oui, un autre membre de ma famille	7 (21.9%)	8 (25.8%)
	Oui, un ami	1 (3.1%)	1 (3.2%)
	Autre	1 (3.1%)	0 (0%)
		<b>n=32</b>	<b>n=31</b>
<b>Situation professionnelle</b>	Employé à plein temps	1 (2%)	1 (2.2%)
	Employé à temps partiel	1 (2%)	1 (2.2%)
	Actuellement sans activité professionnelle	3 (6.1%)	5 (11.1%)
	Retraité	44 (89.8%)	38 (84.4%)
		<b>n=49</b>	<b>n=45</b>
<b>État de santé général</b>	Mauvais	19 (38.8%)	25 (43.1%)
	Moyen	11 (22.4%)	15 (25.9%)
	Bon	15 (30.6%)	12 (20.7%)
	Très bon	3 (6.1%)	6 (10.3%)
	Excellent	1 (2%)	0 (0%)
		<b>n=49</b>	<b>n=58</b>

\* Les résultats sont présentés sous forme chiffrée (en %) pour chaque réponse possible ou en déviation standard moyenne +/- selon l'âge.

## Aidants informels

Les aidants informels ont répondu au questionnaire *Zarit Burden Interview* (ZBI). Néanmoins, certaines questions ont été perçues comme émotionnellement difficiles et la majorité des répondants ont été réticents à y répondre. Comme cela peut être constaté dans le Tableau 8, dans le groupe TICC, les données ont été obtenues pour 56 répondants pour la visite 1 et pour 31 répondants pour la visite 2, et dans le groupe témoin, pour 22 et 14 répondants respectivement

Tableau 8 Nombre de questionnaires ZBI complétés par pays par visite.

PP	Pays	Groupe	Visites						
			1	2	3	4	5	6	
PP4	RU	Cible	22	13	10	4	2		
PP4	RU	Témoin	20	12	7	6	3	1	
PP5	RU	Cible	5	4	2	1			
PP5	RU	Témoin	2	2	1	1			
PP6	FR	Cible	1						
PP9	BE	Cible	24	10	5				
PP14	FR	Cible	4	4	4	3	2	1	

## Personnel soignant

Le nombre de répondants lors de chaque visite est résumé dans le Tableau 9. Quatre cent quarante et un employés ont complété le questionnaire au cours de la première visite dans le groupe TICC, et 37 dans le groupe témoin. Lors de la seconde visite, les chiffres respectifs ont été 179 et 10 employés.

Tableau 9 Nombre d'employés ayant complété au moins un questionnaire par pays pour chaque visite.

PP	Pays	Groupe	Visites	
			1	2
PP4	RU	Cible	208	115
PP4	RU	Témoin	18	8
PP5	RU	Cible	50	
PP5	RU	Témoin	5	
PP6	FR	Cible	36	13
PP9	BE	Cible	41	13
PP9	BE	Témoin	14	2
PP11	FR	Cible	91	31
PP14	FR	Cible	15	7

Certaines informations démographiques sur les employés ont également été collectées et sont présentées dans le Tableau 10. Il s'agit de l'âge et du sexe des répondants, ainsi que leur expérience.

Tableau 10 Description générale des répondants soignants.

Variable	Stat/Mod*	Cible	Témoin
Age	M +/- SD	42.1 +/- 11.8 n=507	47 +/- 12.6 n=45
Années d'expérience	M +/- SD	15 +/- 11 n=308	22 +/- 13 n=48
Durée d'emploi dans l'organisation	M +/- SD	6 +/- 7.5 n=511	13.8 +/- 12.2 n=48
Sexe	Masculin	30 (6.2%)	0 (0%)
	Féminin	452 (93.8%) n=482	46 (100%) n=46

\* Les résultats sont présentés sous forme chiffrée (en %) pour chaque réponse possible ou en déviation standard moyenne +/- selon les variables numériques.

### Groupes de discussion

Au total, trois séries de groupes de discussion ont été menées par les organisations de santé des différents pays : un partenaire belge (BE1), trois partenaires français (FR1, FR2, FR3) et deux partenaires britanniques (UK1, UK2). Le partenaire belge a été exclu après la deuxième série après avoir quitté le projet de recherche. En somme, il y a eu 17 groupes de discussion au sein des organisations participantes. Les critères d'inclusion des participants étaient : avoir au moins six mois d'expérience au sein du modèle TICC dans l'organisation concernée, faire partie de l'équipe TICC de l'organisation participante et de participer volontairement et indépendamment à l'étude. Le nombre de participants aux groupes de discussion a été fixé à un minimum de quatre et un maximum de dix participants.

## 3.2.2 Groupes de discussion

Ce sous-chapitre donne des indications sur les résultats généraux des trois séries de groupes de discussion organisés au sein des sites pilotes TICC. Les résultats de tous les partenaires ont été similaires lors des trois séries de groupes de discussions (Tableau 11). Néanmoins, des différences mineures entre les pays ont pu être identifiées grâce aux résultats des groupes de discussion.

Au cours des trois séries de groupes de discussion, il est apparu que la mise en œuvre du modèle TICC a eu un impact positif sur le personnel. Le personnel a noté que la collaboration entre les membres de l'équipe s'est améliorée. Cela pouvait être expliqué par le fait que les membres de l'équipe étaient plus engagés et se sentaient plus proches les uns des autres, permettant ainsi une meilleure satisfaction au travail. Les résultats indiquent également que la nouvelle manière de travailler selon le modèle TICC donne plus d'autonomie et d'empowerment aux employés, améliorant la satisfaction au travail. Par ailleurs, avec le modèle TICC, le personnel a pu gérer sa charge de travail de manière plus précise, renforçant ainsi encore son autonomie.

L'expérience des patients avec le modèle TICC décrite lors des deux premières séries de groupes de discussion indique que cette nouvelle approche a été plus centrée sur l'individu. Cela s'est manifesté alors que les équipes ont interagi de manière plus holistique avec les patients, menant vers une meilleure communication et l'établissement d'une relation de confiance entre l'équipe et les patients.

Au-delà de ces résultats, le modèle TICC a également été vécu comme non-hiérarchique, mais cette perception s'est effondrée au sein de certaines équipes, en raison par exemple des responsabilités des membres de l'équipe en termes de budgétisation, d'approvisionnement et de prise de décision. De même, certains patients ont été réticents à l'idée d'autogérer leurs soins.

Enfin, selon les réponses, il semblerait que le modèle TICC soit plus simple à mettre en œuvre au sein de petites équipes ou avec du personnel récemment embauché. La manière dont le modèle affecte la rétention des équipes demeure encore incertaine. Ce qui semble contribuer à soutenir les efforts de l'organisation est un système administratif viable. Néanmoins, peu d'informations relatives à l'expérience utilisateur de OMAHA ont été rapportées.

Tableau 11 Résultats de toutes les séries des groupes de discussion.

Première série de groupes de discussion		Deuxième série de groupes de discussion		Troisième série de groupes de discussion	
<b>Perceptions positives</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meilleure communication et collaboration.</li> <li>• Les équipes se sont senties plus soudées, avec plus d'unité, y compris en dehors de heures de travail.</li> <li>• Le personnel a reconnu des conditions de travail plus satisfaisantes.</li> <li>• Le personnel a été plus engagé, motivé et heureux.</li> <li>• Chaque membre du personnel a pu utiliser ses propres compétences et talents, permettant de se développer professionnellement et de se sentir plus confiant dans la prise de décision et dans la prise en charge des besoins des patients.</li> <li>• Toutes les équipes ont reconnu que l'autogestion leur permettait de répartir la charge de travail de manière plus homogène sur la journée et/ou entre les membres du personnel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les membres des équipes doivent prendre des décisions et chercher des solutions ensemble. Le modèle TICC est perçu comme une manière valorisante de travailler. Il donne un sentiment d'empowerment et contribue à la satisfaction du personnel.</li> <li>• La planification est un des éléments que les équipes ont gérés par elles-mêmes. L'opportunité de mettre en avant des préférences personnelles au sein du planning est évaluée de manière positive.</li> <li>• Nombre de dossiers traités réduit.</li> <li>• Expérience d'un travail ayant plus de sens au travers d'une approche holistique et centrée sur le patient.</li> <li>• Relations améliorées au sein de l'équipe.</li> <li>• Plus d'engagement, de sentiment d'appartenance et de cohésion au sein de l'équipe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise de décision autonome et responsabilité personnelle.</li> <li>• Communication ouverte avec les membres de l'équipe.</li> <li>• Satisfaction professionnelle accrue en raison de la charge de travail prédéterminée du modèle TICC.</li> <li>• Meilleure équilibre entre vie professionnelle et personnelle.</li> <li>• La prise en charge personnalisée contribue à la satisfaction du personnel.</li> </ul>	<b>Impact sur le personnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas d'indications spécifiques</li> </ul>
<b>Perceptions négatives</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les partenaires ont fourni des soins plus holistiques et centrés sur la personne à leurs patients.</li> <li>• Toute expérience précédente dans la fourniture de soins à domicile par le biais d'un modèle autogéré a été mentionnée comme un avantage.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les patients ont reçu une meilleure qualité de soin grâce à une meilleure communication entre les membres de l'équipe (ex : relèves de patients et échange d'idées).</li> <li>• La prise en charge est plus holistique et centrée sur la personne.</li> <li>• Meilleure constance des soins grâce au modèle TICC, que ce soit en termes de continuité des soins ou de continuité du personnel soignant.</li> <li>• Meilleures relations avec les patients et leurs aidants informels.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas d'indications spécifiques</li> </ul>	<b>Impact sur le personnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas d'indications spécifiques</li> </ul>
<b>Questions en suspens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travailler de manière non hiérarchique au sein d'une organisation structurée.</li> <li>• Difficultés potentielles : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Autonomie nécessaire, responsabilité envers son équipe et travail non hiérarchique.</li> <li>– Responsabilités financières telles que budget ou fournitures.</li> <li>– Infrastructure numérique.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement personnel et professionnel accru par la variété des rôles et tâches.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réticence des patients à auto-gérer leurs soins et scepticisme envers le personnel infirmier déléguant certaines tâches aux patients.</li> </ul>	<b>Impact sur le personnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas d'indications spécifiques</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'information relative aux patients doit être complète, en particulier entre les membres de l'équipe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'utilisation du système OMAHA est basée sur l'évaluation d'un participant de groupe de discussion.</li> </ul>	<b>Autre</b>	

## 3.2.3 Expérience de la mise en œuvre par le personnel soignant

### Résultats des groupes de discussion<sup>1</sup>

De manière générale, la mise en œuvre du modèle TICC a été vécue de manière positive par le personnel qui a participé aux groupes de discussion. Le travail dans des équipes autogérées, avec des tâches variées, avec la possibilité de donner une attention personnalisée aux patients a augmenté la satisfaction au travail du personnel. Les équipes TICC participantes en France, Belgique et au Royaume-Uni ont toutes préféré les conditions de travail au sein du modèle TICC par rapport au modèle standard. Au Royaume-Uni et en France, la satisfaction professionnelle a augmenté avec la nouvelle charge de travail et les nouvelles responsabilités. Les équipes belges ont considéré que leurs nouvelles responsabilités ont permis de répartir la charge de travail de manière plus égale entre les membres de l'équipe. Un participant de France a déclaré ceci :

*« Cela fait trois ans que je travaille pour cette organisation. Avant [le modèle TICC], aller au travail, c'était comme aller à l'abattoir! Puis j'ai commencé à travailler selon cette nouvelle méthode, et cela a changé beaucoup de choses pour moi. »*

FR

Dans les trois pays, les membres du personnel ont indiqué que la communication et la collaboration entre le personnel et les patients s'est améliorée. Les équipes françaises ont déclaré :

*« L'esprit d'équipe! Je ne me sens plus seule désormais; je sais qu'il y a d'autres membres de l'équipe qui sont là si j'en ai besoin; on peut compter les uns sur les autres, discuter des situations difficiles, rire ensemble et parfois même pleurer ensemble! »*

FR

La France et la Belgique ont déclaré que la mise en œuvre du modèle TICC peut s'avérer plus simple dans de petites équipes. Les équipes françaises et britanniques ont ressenti des bénéfices majeurs au fait d'être une petite équipe. Un petit groupe est plus à même de discuter des sujets importants, de diviser le travail logiquement, et de prévoir les congés de chacun plus facilement. Par ailleurs, les petites équipes ont plus de temps disponible en raison de réunions et de relèves plus courtes.

Les équipes des trois pays ont considéré que la charge administrative de travail pouvait être améliorée. Le personnel a considéré ces tâches administratives comme chronophages. Voici une déclaration d'un membre d'une équipe française pour illustrer cela :

*« Un des gros impacts de cette manière de travailler est la nécessité d'apprendre à gérer son temps avec les patients mais également avec les tâches administratives liées au métier et à l'équipe. Ces tâches sont réalisées durant le temps de pause entre deux visites à domicile (une fois le matin et une fois l'après-midi). Avant, ce temps était un temps de repos, mais désormais nous utilisons ce temps pour réaliser ces tâches administratives. En conséquence, il est désormais plus difficile d'avoir des temps de pause pendant la journée, mais nous profitons au maximum de nos jours de congés pour déconnecter. »*

FR

Les membres de l'une des équipes françaises ont eu le sentiment de prendre en charge moins de patients depuis la mise en œuvre du modèle TICC. L'équipe française a perçu les tâches administratives comme un fardeau qui consomme un temps qui devrait être consacré aux patients. Concernant OMAHA, il n'y pas de

<sup>1</sup> Les résultats détaillés des groupes de discussion placés après le sous-chapitre : "3.2.2 Résultats généraux des groupes de discussion I, II et III" sont basés sur la série la plus récente du groupe de discussion à laquelle l'organisation a participé. Les différences significatives entre les groupes de discussion I, II et III ont été mises en avant dans les notes de bas de page.

preuves concluantes de son efficacité. Les partenaires du Royaume-Uni n'ont pas utilisé ce système. Parmi les autres partenaires, seuls deux partenaires ont donné leur avis sur les performances d'OMAHA. La Belgique a considéré qu'OMAHA ne répondait pas à leurs besoins. L'équipe voulait entrer les données du patient jour après jour, ce qui n'a pas été possible. Une équipe française a indiqué qu'OMAHA les a aidé à simplifier les tâches administratives et les procédures, ce qui a permis de gagner du temps. Les équipes du Royaume-Uni ont indiqué que le processus de mise en œuvre a été affecté par des changements opérationnels au sein de l'organisation et de facteurs externes (voir : 3.2.41. *Autonomie, productivité et coûts des soins, résultats qualitatifs*).

En Belgique, la communication et les décisions communes avec les équipes infirmières standards sont devenues plus difficiles après la mise en œuvre du modèle TICC en raison de cultures de travail différentes. Lorsque des désaccords sont apparus entre l'équipe TICC et l'équipe standard, cela a pu prendre plusieurs jours pour trouver une solution au problème. Enfin, la législation belge relative à la facturation des activités mineures a rendu difficile la mise en œuvre financière du modèle. En plus des difficultés rencontrées pour lancer le projet d'un point de vue financier, la direction de l'organisation partenaire a mis en avant le fait que certaines procédures ne permettaient pas de générer suffisamment de revenus, en particulier lorsque la charge de travail était élevée.

Le tableau 12 présente un résumé des impressions du personnel sur la mise en œuvre du modèle TICC au sein de chaque pays partenaire.

Tableau 12 Impressions du personnel sur la mise en œuvre du modèle TICC

Mise en œuvre du modèle TICC		RU	France	Belgique
<b>Expériences positives</b>	Mise en œuvre efficiente du modèle TICC	x	x	x
	Satisfaction au travail	x	x	x
	Amélioration de la communication, collaboration et relations entre les membres de l'équipe (et avec les patients).	x	x	x
	Prestation de soins et rapport coût-qualité	x		
<b>Points d'amélioration</b>	Responsabilités administratives	x	x	x
	Ingérence de l'organisation hôte ou facteurs externes	x		
	Communication avec les équipes standards de soins à domicile			x
	Difficultés financières liées au contexte du pays			x

Note : Les éléments cochés dans le tableau sont ceux qui ont été **explicitement** mentionnés lors des groupes de discussion.

## 3.2.4 Personnel de soins travaillant au sein du modèle TICC

### 3.2.4.1 Autonomie et productivité

#### Résultats quantitatifs

L'autonomie et la productivité ont été mesurés par le *Psychological Empowerment Instrument* (PEI). Ce questionnaire consiste en l'examen de 4 sous-dimensions de l'*empowerment* : sens du métier, sentiment de compétence, niveau d'auto-détermination et impact sur le métier. Chaque dimension est notée sur un score de 0 à 6, 6 étant le meilleur score. La moyenne de ces 4 dimensions donne un score global d'*empowerment*.

#### Psychological Empowerment Instrument (PEI)

L'évolution des scores PEI entre la première visite (V1) et la seconde (V2) a été calculée par modèles mixtes, et une évolution positive correspond à un sentiment d'empowerment accru. Le Tableau 13 décrit les effets de groupe et de pays selon les estimations des modèles mixtes. **Il n'y a pas de différences significatives entre les équipes TICC et les équipes témoins, et pas de différences entre les pays non plus.**

Les intervalles de confiance associés à l'effet moyen, correspondant à l'évolution moyenne depuis la première visite, contiennent tous la valeur 0. Ainsi, l'évolution moyenne n'est pas significativement différente de 0. Autrement dit, le sentiment d'empowerment de l'équipe est relativement stable après 1 an et ne semble pas être impacté par l'intégration d'une équipe TICC.

L'évolution moyenne du score, selon les estimations des modèles mixtes, sont représentés dans le Schéma 11. Comme cela peut être constaté, l'évolution des scores est relativement faible, en dessous de -0.6 points.

Tableau 13 Coefficients et intervalles de confiance de 95% des modèles mixtes pour chaque dimension du PEI.

Score	Effet moyen (intercept)	Groupe témoin <sup>1</sup>	Valeurs-p par groupe	France <sup>2</sup>	RU <sup>2</sup>	Valeurs-p par groupe
Sens	-0.2 [-0.9; 0.4]	0 [-0.9; 0.8]	0.977	0.2 [-0.6; 1]	0.4 [-0.2; 1.2]	0.411
Compétence	-0.1 [-0.8; 0.5]	-0.3 [-1.1; 0.4]	0.441	0.1 [-0.6; 0.9]	0.5 [-0.2; 1.2]	0.158
Auto-détermination	-0.3 [-1; 0.4]	-0.3 [-1.1; 0.6]	0.531	0.4 [-0.5; 1.2]	0.7 [0; 1.4]	0.116
Impact	-0.1 [-1; 0.9]	0.2 [-0.8; 1.1]	0.711	0.3 [-0.8; 1.4]	0.3 [-0.9; 1.5]	1
<b>Empowerment total</b>	<b>-0.2 [-0.7; 0.5]</b>	<b>-0.1 [-0.8; 0.6]</b>	<b>0.76</b>	<b>0.2 [-0.5; 0.9]</b>	<b>0.5 [-0.2; 1.1]</b>	<b>0.149</b>

1 Différence avec le groupe cible

2 Différence avec la Belgique

Les coefficients s'interprètent ainsi : l'effet moyen est l'effet moyen pour les équipes TICC en Belgique. Le groupe témoin est l'effet supplémentaire pour les équipes de contrôle. La France et le Royaume Uni correspondent aux changements dans ces pays. Un effet est considéré comme significatif lorsque la valeur-p<0,05. Par exemple, le score d'empowerment total a diminué de 0,2 pour les équipes TICC belges, mais il a augmenté de -0,2+0,5 = 0,3 pour les équipes TICC au Royaume-Uni.

Un intervalle de confiance est la fourchette dans laquelle la véritable valeur a 95% de chances de se trouver.

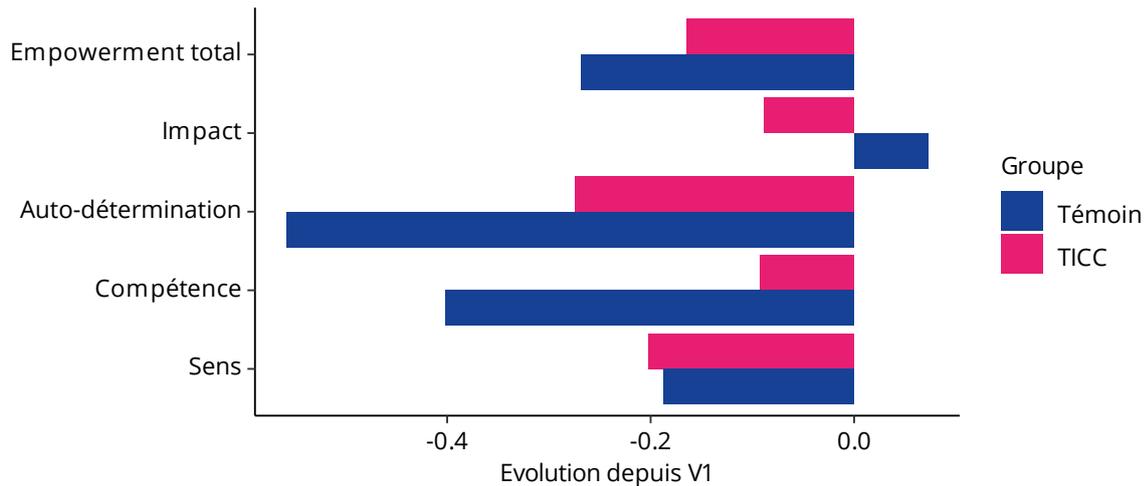


Schéma 11 Évolution moyenne des scores PEI entre V1 et V2. Les groupes témoins sont représentés en bleu et les équipes TICC en rouge.

### Résultats des groupes de discussion

En général, la nouvelle autonomie a donné lieu à une plus grande satisfaction au travail pour la plupart des équipes. Les tâches et activités n'étaient plus distribuées selon l'ancienneté ou le rapport hiérarchique, mais selon les compétences et capacités. Le facteur qui a le plus réduit la productivité était la lourdeur des tâches administratives pour les équipes TICC.

Dans les trois pays participants, la prise de décision autonome a amené les membres de l'équipe à allouer les tâches cliniques selon les compétences du personnel et non l'ancienneté. Un membre d'une équipe du Royaume-Uni a déclaré :

*« Nous sommes tous responsables de nos propres actions... Même les membres les moins formés de l'équipe sont responsables des actes qu'ils réalisent... On ne mentionne pas le système de « banding » [classification des infirmières au RU] ou les choses comme ça... Dans d'autres équipes que la nôtre, c'est : va et demande à une « Band 6 » [infirmière senior], et c'est tout »* RU

En France et au Royaume Uni, il est apparu que la satisfaction au travail a augmenté avec la charge de travail et les responsabilités. Au Royaume-Uni, les membres juniors du personnel ont le plus bénéficié de cette responsabilité accrue. Le succès des membres juniors de l'équipe dans la prise en charge des nouvelles demandes a été mis en avant comme ayant aidé l'équipe entière dans son fonctionnement et dans la réalisation des prestations. Cela est illustré par cette déclaration d'un membre de l'équipe au Royaume-Uni :

*« Je dirais que c'est définitivement différent [en termes de responsabilité]; je compare cela au travail en unité hospitalière ou dans d'autres environnements de santé dans lesquels j'ai travaillé. Je pense que les [collègues juniors/moins qualifiés] sont très responsables de leurs patients; ils font face à leurs responsabilités, ils assurent le suivi, ils ne délèguent rien ou ne se délestent pas de choses auprès d'autres, ils s'occupent de toute la prise en charge du patient. S'ils peuvent, ils passeront commande des médicaments; ils commanderont l'équipement, ils déchargent les patients. Ils nous en parlent un peu quand même [nous, les membres seniors], mais ils ont une autonomie bien plus grande. »* RU

L'autonomie accrue au travers de l'autogestion a permis au personnel en France de prendre des décisions collectives et individuelles sans intermédiaires. Ainsi, le personnel a ressenti que les décisions semblaient plus logiques et cohérentes dans le temps. Un membre d'une équipe en France a déclaré :

*« Nous recevons les appels des patients; donc nous gérons le problème avec eux. C'est plus logique et cohérent! Avant, je travaillais dans un centre de soins avec un directeur et une infirmière coordinatrice, nous avons bien moins le choix... »*

FR

Une équipe française a perçu la responsabilité accrue comme enrichissante car la diversité des tâches à réaliser s'est élargie. L'équipe a appris de nouvelles choses, telles que le travail d'équipe, la gestion des différences d'opinion ou le développement des compétences numériques ou administratives. Tous les membres de l'équipe du Royaume-Uni ont accepté les nouvelles responsabilités, quel que soit leur niveau de rémunération.

Concernant la productivité, le nombre de visites quotidiennes au Royaume-Uni a augmenté, et le nombre d'heures supplémentaires a diminué. La Belgique a constaté qu'une autonomie organisationnelle accrue a permis à l'équipe TICC de mieux répartir la charge de travail sur la journée, en prenant en considération les capacités et compétences des membres de l'équipe. Par ailleurs, une autonomie accrue a amené les membres de l'équipe à chercher des solutions et surmonter les conflits ensemble, plutôt que de se tourner vers un supérieur hiérarchique. La Belgique a trouvé que l'autogestion permet de résoudre les problèmes de manière plus directe et efficace.

La France, le Royaume-Uni et la Belgique ont observé une augmentation des responsabilités administratives. L'équipe TICC en Belgique a alerté que la prise en charge des tâches administratives pouvait être au détriment de la qualité des soins fournis aux patients. Une équipe TICC française a ressenti une augmentation de la charge mentale professionnelle en raison de l'autonomie accrue dans la réalisation des tâches administratives. Un membre en France a déclaré :

*« Cette autonomie, cela signifie une plus grande charge mentale pour moi. Avant, j'étais à l'hôpital, je finissais ma journée, j'allais à la maison puis c'était terminé. Aujourd'hui, la charge de travail est plus importante : il y a le temps de trajet, les tâches administratives, les heures... En même temps, je n'ai pas envie de retourner à l'hôpital, car mes journées sont de meilleure qualité, et j'arrive à mieux prendre soin de mes patients. Je pense que j'ai juste besoin de trouver ma vitesse de croisière! »*

FR

Au sein de l'équipe française, la mise en œuvre de l'autogestion a été perçue comme un défi permanent. L'équipe a trouvé que l'autonomie et les responsabilités accrues du modèle TICC ont constitué un défi, car les membres de l'équipe n'avaient pas la sécurité d'un supérieur pouvant prendre les problèmes en charge. En France, la charge de travail a été supérieure lorsque les patients appelaient en dehors des horaires habituels de travail. Un travail en autonomie implique que les équipes TICC soient en mesure de mettre des limites dans leur relation avec les patients, ce qui a représenté un défi pour certains membres de l'équipe. Par ailleurs, l'augmentation de la charge de travail administrative a réduit le temps passé avec les patients. Concernant la division des tâches, la France a prévenu que le modèle TICC pouvait donner lieu à un système à deux vitesses où les membres les plus expérimentés recevaient systématiquement les tâches les plus complexes et les nouveaux membres recevaient les tâches les moins désirables.

Les équipes au Royaume Uni ont ressenti une responsabilité et une charge de travail accrue en raison de changements tels que le travail du soir, la nécessité d'effectuer des remplacements dans les équipes standards de soins à domicile et la désignation de leaders parmi les membres seniors de l'équipe TICC. De plus, cela peut

mettre l'autogestion en péril. L'autre équipe du Royaume-Uni a également fait face à une charge de travail accrue et à plus de responsabilités, ce qui a eu un impact négatif sur la prise en charge des patients. Il y a eu trois raisons particulières à l'augmentation de la charge de travail et des responsabilités dans l'autre équipe du Royaume-Uni. Tout d'abord, 20-30% des tous les patients adressés à l'équipe étaient considérés comme inappropriés car ne correspondant pas aux critères d'éligibilité de l'équipe, par ex. les patients immobilisés chez eux. En deuxième lieu, le manque de compréhension du fait que le modèle TICC nécessite la prise en charge d'un petit nombre seulement de dossiers, donnant lieu à des demandes régulières de soutien aux équipes standards de soins infirmiers. L'équipe du Royaume-Uni a développé le sujet dans la citation suivante :

*« D'autres équipes ont des difficultés car peuvent être en sous-effectif en raison d'arrêts maladies ou autres, et nous constatons qu'il nous est demandé de les aider, donc on ne peut pas dire que nous sommes vraiment une équipe autogérée en ce qui concerne cet aspect. C'est comme si on recevait des instructions d'en haut nous informant que c'est ce que nous devons faire - OK, d'accord, je comprends : les besoins du service, les patients qui ont besoin de soins... Oui, nous sommes liés à un chirurgien en particulier, et nous prenons en charge un nombre réduit de patients, mais ce n'est pas comme si nous restions assises à nous tourner les pouces sans faire de visites, donc je pense qu'il y a pas mal de rancœur de la part d'autres équipes. Je pense que c'est la manière dont les autres équipes nous perçoivent. » RU*

Enfin, la communication avec les patients a été difficile, car les patients avaient des attentes traditionnelles vis à vis de leur prise en charge à domicile. Ils s'attendaient à ce que le personnel infirmier fasse tout et refusaient de s'autogérer. Un membre d'une équipe a illustré cela par une anecdote :

*« Une de nos collègues (de l'équipe TICC) est allé voir un patient dépendant à l'insuline... Elle a demandé au monsieur : pourquoi ne le faites-vous pas vous-même? Il s'est retourné et il a dit : je pourrais le faire moi-même, je le faisais avant, mais maintenant j'ai des infirmières qui viennent le faire pour moi... Elle a donc rétorqué : si nous vous apprenions à le faire, seriez-vous susceptibles de le faire vous-même? Le monsieur a simplement dit : non, j'ai des infirmières pour cela. Il n'était pas compréhensif du tout. » RU*

Concernant l'autonomie et la productivité au sein de l'équipe TICC au Royaume-Uni, les membres de l'équipe ont indiqué que leurs collègues TICC refusaient toujours de prendre proactivement leurs responsabilités pour certaines tâches spécifiques, comme la permanence téléphonique de l'équipe ou l'allocation des visites aux patients. L'absence de prise en charge de ces responsabilités par certains membres de l'équipe a augmenté la charge de travail de leurs collègues.

Le tableau 14 contient un résumé des impressions du personnel concernant l'autonomie et la productivité, pour chacun des pays.

Tableau 14 Impressions du personnel sur l'autonomie et la productivité

Autonomie et productivité		RU	France	Belgique
<b>Expérience positive</b>	Division des tâches sur la base de la compétence	x	x	x
	Satisfaction au travail accrue	x	x	
	Plus d'opportunités pour apprendre	x		
	Plus d'autonomie pour les membres juniors de l'équipe	x		
	Prise en charge des responsabilités, quel que soit le niveau de rémunération	x		
	Plus de temps pour les visites quotidiennes	x		
	Moins d'heures supplémentaires	x		
	Élargissement de la diversité des tâches		x	
	Plus de cohérence dans les décisions dans le temps		x	
	Partage équitable de la charge de travail			x
	Résolution de conflits plus rapide			x
<b>Points d'amélioration</b>	Soutien administratif	x	x	x
	Assumer ses responsabilités de manière proactive	x		
	Ingérence de l'organisation hôte ou facteurs externes	x		
	Arriver à gérer l'autonomie		x	
	Mettre des limites dans la relation avec les patients		x	
	Plus grande charge mentale liée au travail		x	

Note : Les éléments cochés dans le tableau sont ceux qui ont été **explicitement** mentionnés lors des groupes de discussion.

## 3.2.4.2 Rétention et recrutement

### Résultats quantitatifs

L'impact du modèle TICC sur la rétention du personnel a été analysé sous 2 aspects par des questionnaires remplis par les employés.

En premier lieu, il a été demandé aux employés s'ils comptaient quitter l'organisation, s'ils recherchaient activement un autre emploi ou s'ils allaient changer d'employeur. Si l'employé répondait positivement à une de ces questions, l'employé était considéré comme ayant l'intention de quitter l'organisation.

En second lieu, l'exposition aux risques psychosociaux au travail a été évaluée par le biais du *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ). Ce questionnaire évalue 18 dimensions de facteurs psychosociaux divers.

### Intention de quitter l'organisation

Il a été demandé aux employés s'ils comptaient quitter l'organisation, s'ils recherchaient activement un autre emploi ou s'ils allaient changer d'employeur. Au cours de la première visite, 34 des 428 employés (7,9%) des équipes TICC avaient l'intention de quitter l'organisation, contre 2 sur 35 (5,7%) dans le groupe témoin. La proportion est passée à 21 sur 175 (12%) contre 1 sur 9 (11%) après 1 an (questionnaire V2). **Au cours des deux visites, l'intention de quitter l'organisation n'a pas été significativement différente entre les groupes (p=1)**

### COPSOQ

L'exposition aux risques psychosociaux est liée à la qualité de vie au travail. Ces risques sont évalués grâce à COPSOQ. Pour la plupart des dimensions, un score plus élevé correspond à une meilleure situation. Par exemple, un score de stress plus élevé indique moins de stress, un score de conflit entre vie de famille et vie professionnelle plus élevé implique un meilleur équilibre et moins de conflit. Néanmoins, les trois dimensions suivantes sont conçues de manière inversée : les demandes quantitatives, le rythme de travail et les demandes émotionnelles. Un score plus élevé dans ces trois dimensions implique des contraintes accrues, par exemple une charge de travail plus élevée.

La plupart des dimensions sont notées de 0 à 8, avec quelques exceptions :

- L'autoévaluation de l'état de santé est notée de 0 à 4.
- Le conflit entre vie de famille et vie professionnelle est noté de 0 à 6.
- La satisfaction au travail est notée de 0 à 3.

L'évolution en V1 et V2 pour chaque dimension a été analysée par un modèle mixte qui prenait en considération l'effet de groupe et de pays. Les résultats des modèles sont disponibles dans le Tableau 15, et l'estimation des scores moyens des modèles mixtes sont représentés dans le Schéma 12. **Nous n'avons pas observé d'impact du modèle TICC sur les différentes dimensions. Il n'y a pas non plus d'évolution significative entre les deux visites, et pas de différences significatives entre les pays.**

Tableau 15 Coefficients et intervalles de confiance de 95% des modèles mixtes pour chaque dimension du questionnaire COPSOQ

Score	Effet moyen (intercept)	Groupe témoin <sup>1</sup>	Valeur-p par groupe	France <sup>2</sup>	RU <sup>2</sup>	Valeur-p par groupe
Demandes quantitatives	0.2 [-0.6; 1]	-0.3 [-1.2; 0.7]	0.506	-0.1 [-0.9; 1]	-0.2 [-0.9; 0.7]	1
Rythme de travail	0.7 [-0.1; 1.5]	-0.2 [-1.2; 1]	0.76	-0.4 [-1.3; 0.6]	-0.8 [-1.7; 0]	0.12
Demandes émotionnelles	0.1 [-1.2; 1.2]	0.2 [-1.1; 1.4]	0.712	0.2 [-1.2; 1.8]	-0.1 [-1.5; 1.3]	1
Influence	-0.4 [-1.6; 0.5]	0.7 [-0.4; 1.9]	0.249	0.7 [-0.5; 2]	0.1 [-1; 1.4]	0.502
Possibilités de développement	0 [-1.1; 0.9]	-0.1 [-1.4; 1]	0.775	0.2 [-0.9; 1.5]	-0.2 [-1.4; 1]	1
Sens du travail	0 [-0.8; 0.8]	-0.1 [-0.9; 1]	0.902	0.1 [-0.8; 1]	-0.2 [-1; 0.7]	0.517
Engagement envers le lieu d'exercice	0.3 [-0.7; 1.2]	0 [-1; 1.1]	0.881	-0.3 [-1.5; 0.8]	-0.5 [-1.6; 0.7]	1
Prévisibilité	-0.5 [-1.8; 1]	0.4 [-0.6; 1.5]	0.475	0.1 [-1.8; 1.7]	0.2 [-1.7; 2]	1
Récompenses (reconnaissance)	-0.1 [-1.2; 1.1]	0.2 [-0.8; 1.4]	0.766	-0.2 [-1.4; 1.1]	-0.2 [-1.5; 0.9]	1
Clarté du rôle	0.3 [-0.4; 0.9]	0.1 [-0.9; 1.1]	0.879	-0.1 [-0.8; 0.7]	-0.4 [-1.1; 0.3]	0.191
Qualité du leadership	-0.5 [-1.5; 0.5]	0 [-1.2; 1.3]	0.995	0.2 [-1.1; 1.3]	0.2 [-1; 1.2]	0.95
Soutien social du supérieur	0.5 [-1.2; 2.3]	-0.2 [-1.5; 1.1]	0.794	-0.7 [-3.1; 1.1]	-1 [-3.5; 1.3]	0.959
Satisfaction au travail	-0.1 [-0.5; 0.2]	0 [-0.4; 0.5]	0.861	0.1 [-0.4; 0.5]	0.1 [-0.2; 0.5]	0.793
Conflit entre vie professionnelle et familiale	0.5 [-0.7; 1.8]	0 [-1.1; 1]	0.866	0.2 [-1.3; 1.5]	-0.4 [-2.1; 1]	0.675
Confiance envers la direction	0.2 [-0.6; 1.1]	0.5 [-0.4; 1.4]	0.312	-0.1 [-0.9; 0.8]	-0.3 [-1.1; 0.6]	0.714
Justice et respect	0.1 [-0.9; 1]	0 [-1.2; 1.3]	0.976	-0.2 [-1.3; 0.9]	-0.4 [-1.5; 0.6]	0.648
Auto-évaluation de l'état de santé	-0.1 [-1.1; 0.9]	-0.5 [-1.1; 0.1]	0.091	0 [-1.3; 1.2]	-0.1 [-1.3; 1.3]	1
Stress	0.3 [-0.5; 1]	0 [-1.1; 1]	0.941	0.3 [-0.6; 1.2]	-0.2 [-1; 0.7]	0.254

1 Différence avec le groupe cible

2 Différence avec la Belgique

Les coefficients s'interprètent ainsi : l'effet moyen est l'effet moyen pour les équipes TICC en Belgique. Le groupe témoin est l'effet supplémentaire pour les équipes de contrôle. La France et le Royaume Uni correspondent à l'effet supplémentaire pour les équipes dans ces pays. Un effet est considéré comme significatif lorsque la valeur-p < 0,05.

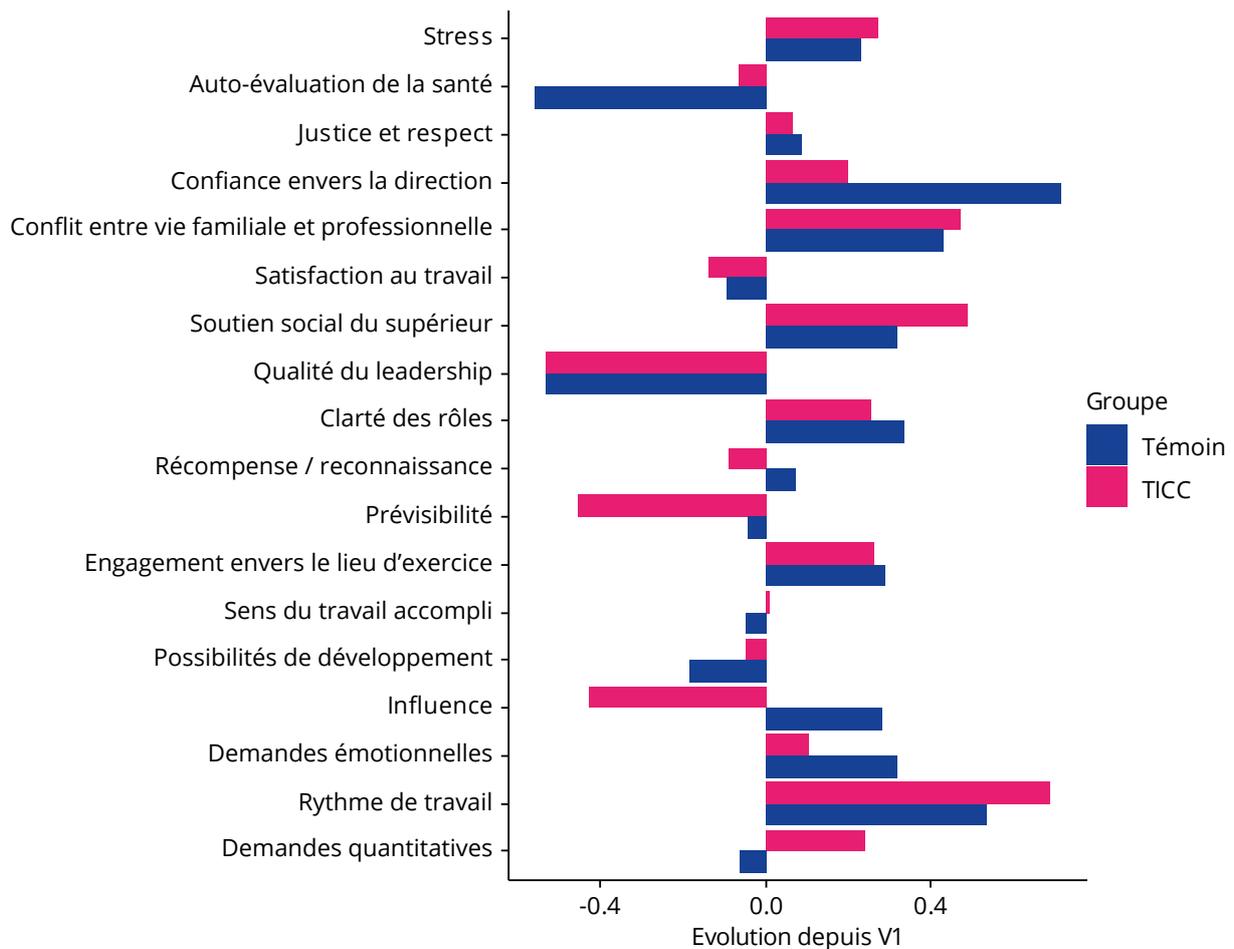


Schéma 12 Évolution moyenne après un an de suivi pour les 18 dimensions des scores COPSOQ. Les groupes témoins sont représentés en bleu et les équipes TICC en rouge.

### Résultats des groupes de discussion

De manière générale, le modèle TICC a donné lieu à une rétention du personnel dans les trois pays. Les équipes ont bénéficié d'une meilleure satisfaction au travail car leurs membres avaient de meilleures relations ainsi qu'une meilleure communication entre les membres de l'équipe et avec les patients.

Au niveau interpersonnel, les membres des équipes TICC des trois pays ont mieux communiqué, étaient plus engagés et avaient de meilleures relations avec les autres membres de l'équipe, les patients et les aidants informels. Voici une déclaration d'un membre d'une équipe TICC en France :

*« Cela fait deux ans que je travaille pour Soignons Humain. J'ai vu cette offre d'emploi comme une aventure, et donc j'ai foncé! Plus je travaille ici, plus j'apprends, et je suis plus heureuse également. Cette nouvelle manière de prendre en charge permet de s'occuper de tout le monde : pas seulement de nos patients, mais aussi entre nous, infirmières. En premier lieu, cela veut dire écouter tout le monde et accepter les opinions différentes. Cela permet aussi d'avoir la liberté d'agir lorsque cela est nécessaire. Par exemple, nous pouvons intervenir ensemble si l'on en ressent le besoin; cela est très rassurant de savoir qu'on peut compter sur ses collègues! »*

FR

Le modèle TICC a facilité la rétention du personnel dans les trois pays, car les membres des équipes TICC se sentaient plus épanouis au travail. La Belgique et le Royaume-Uni ont mis en avant l'attention particulière portée à la prise en charge individualisée comme le facteur principal d'une meilleure satisfaction au travail. Un membre d'une équipe du Royaume-Uni a déclaré :

*« J'ai une bonne satisfaction au travail avec cet emploi »*

*RU.*

Une équipe du Royaume-Uni et une équipe de France ont évalué positivement le fait de gagner en responsabilité dans le processus de recrutement, permettant ainsi de choisir des candidats plus appropriés pour l'équipe. Une équipe du Royaume-Uni a été impliquée dans le recrutement et a créé un processus pour permettre à l'équipe de trouver de nouveaux membres compatibles avec le modèle TICC. L'équipe TICC a trouvé que le fait de ne pas suivre ce processus de recrutement peut négativement impacter la performance de l'équipe et résulter en un départ prématuré des nouvelles recrues. La France a expliqué son processus de recrutement au travers de la déclaration suivante :

*« Pour le recrutement, nous appelons les candidats qui semblent compatibles avec notre offre d'emploi. Et nous participons aux entretiens d'embauche! Nous pouvons les mener ensemble ou avec le coach [d'équipe] qui nous a fait passer des CV. Bien entendu, il y a une formation à suivre sur ce sujet. Dans tous les cas, cela est très bien pour nous, pour l'équipe, de pouvoir rencontrer le candidat en amont. On apprend à se connaître, on évalue leurs profils avant qu'ils intègrent notre équipe. »*

*FR*

En France, les équipes ont eu la possibilité de prendre des décisions de manière autonome, menant vers le développement de compétences dans la résolution de problèmes et vers des résultats professionnels plus cohérents. Néanmoins, le modèle TICC ne correspond qu'à certains profils d'individus. En effet, la France a noté que le modèle TICC correspond aux personnes qui aiment travailler en équipe, avec une bonne maîtrise des outils numériques, capables de travailler seules et de résoudre les problèmes par elles-mêmes. La France a résumé cela en deux phrases :

*« Non, c'est certain que le modèle TICC n'est pas pour tout le monde. Avant tout, il faut savoir écouter et faire preuve d'un esprit d'équipe, et tout le monde n'a pas forcément ces qualités ou ces ambitions. »*

*FR*

Au Royaume-Uni, les équipes ont senti que l'adoption par l'équipe d'un système appelé « infirmières nommées », dans lequel les infirmières étaient directement et durablement affectées à des patients particuliers, a eu un impact positif sur la rétention du personnel. Le Royaume-Uni a ainsi expliqué :

*« Puisque nous connaissons les personnalités des patients, nous pouvons noter s'il y a un problème comme une infection simplement en leur parlant. Le patient peut être un peu confus, un peu brumeux, mais vous pouvez ressentir s'il y a un souci, alors qu'une personne ne connaissant pas le patient pourrait simplement conclure que le patient est atteint de démence... Il faut les connaître pour savoir comment ils sont au quotidien. Je pense que le système des infirmières nommées fonctionne très bien... Cela permet au patient de ne pas voir une infirmière différente à chaque fois que le projet de prise en charge change. »*

*RU*

De manière générale, le personnel a mis en avant le fait que le modèle TICC peut soutenir le recrutement et la rétention du personnel, ainsi que la progression plus rapide du personnel junior, en offrant des conditions de travail uniques qui font la promotion de relations horizontales (non hiérarchiques), de la responsabilité, de l'autogestion et de la possibilité de tisser des liens étroits avec les autres membres de l'équipe.

La Belgique a indiqué qu'il y avait une meilleure cohésion et plus d'engagement. Par exemple, les membres de l'équipe ont été plus à même de faire preuve de flexibilité envers les collègues lorsqu'il s'agit de se répartir les congés ou les heures de travail. L'équipe TICC belge a également constaté une amélioration dans la communication après la mise en œuvre du modèle TICC. L'équipe a indiqué que le commérage a été réduit, et les relations entre les membres de l'équipe et avec les patients se sont améliorées, ce qui a eu un impact positif sur les patients. La meilleure qualité des relations, ainsi que le nombre réduit de patients à charge, ont augmenté la rétention.

Tous les membres des équipes du Royaume-Uni et de Belgique n'ont pas été favorables au modèle TICC. En Belgique, un des membres de l'équipe a quitté l'équipe, car le modèle TICC ne lui convenait pas. Le Royaume-Uni a rapporté que le modèle TICC peut devenir un obstacle à la rétention de personnes qui préfèrent une approche plus hiérarchisée des soins infirmiers, comme décrit dans la déclaration suivante :

*« Certaines personnes préfèrent être dirigées, et de nombreuses infirmières avec lesquelles j'ai échangé, ainsi que les HCA (assistants), ne voudraient pas travailler au sein d'une équipe TICC. »* RU

Une équipe française a perçu son autonomie dans le recrutement comme un fardeau. L'équipe a trouvé cette responsabilité chronophage, car les nouvelles recrues quittaient rapidement l'équipe, nécessitant de répéter régulièrement le processus de recrutement.

Au sein d'une équipe du Royaume-Uni, les changements opérationnels ont eu un tel impact sur les sentiments et la performance de certains membres de l'équipe qu'ils ont décidé de quitter l'équipe. Un membre de l'équipe a ainsi déclaré :

*« De nombreuses personnes ont quitté l'équipe car ils ne voulaient pas prendre le quart du soir... Ils quittent l'équipe dans tous les sens, c'est difficile à croire... Je ne suis pas sûr de ce qu'il se passe. Je ne suis pas sûr que de nombreux entretiens de sortie soient réalisés, mais de nombreuses personnes quittent l'équipe, en particulier les « Band 6 » [infirmières seniors]. C'est assez inquiétant, pour être honnête... »* RU.

L'autre équipe du Royaume-Uni a dû faire face à une détérioration des conditions à la mise en œuvre du modèle TICC en raison de facteurs externes tels que la pression accrue des services infirmiers standards et leurs problèmes de sous-effectif. Un membre de l'équipe a ainsi déclaré :

*« C'est quelque chose que je répète depuis un an et demi, même au Coach... J'ai travaillé auparavant dans une équipe standard de soins infirmiers... J'ai vu le nombre de visites qui y est exigé, autour de seize ou dix-sept, de 8h30 à 16h30... Lorsque nous avons commencé l'équipe TICC, nous avons trois ou quatre visites par jour. Néanmoins, il y a deux semaines, j'ai pris un quart du soir, et j'ai eu douze visites, donc cela ressemble de plus en plus à ce que l'on voit dans une équipe standard. Ainsi, pour moi, c'est comme si je retournais dans une équipe standard, au moins en ce qui concerne le nombre de visites. Par contre, il n'y a pas d'équipe de soutien... Lorsque le projet a commencé, il n'y avait pas d'heures supplémentaires. On pouvait finir à l'heure, prendre le temps de déjeuner, mais désormais cela ressemble de plus en plus à ce qui se fait dans les équipes standards. »* RU

Néanmoins, aucun membre de l'équipe ne s'est vu quitter l'équipe, car les conditions de travail offertes par le modèle TICC demeurent préférables à celles des équipes standards. Voici une déclaration d'un membre d'équipe :

« Je sens que je commence à en avoir assez, mais je ne me vois pas travailler ailleurs ! »

RU

Le recrutement a été perçu comme essentiel pour informer des attentes spécifiques du modèle et pour maintenir un équilibre harmonieux de personnalités au sein de l'équipe TICC. Néanmoins, une équipe du Royaume-Uni n'a pas été impliquée par l'organisation hôte dans le processus de recrutement. L'équipe a pensé que l'organisation hôte doit rectifier cela. L'équipe a présenté la situation de la manière suivante :

« Il y a beaucoup de problèmes lorsqu'on ne recrute pas les membres de sa propre équipe. Tout est réalisé à un autre niveau, et je pense qu'il est important de recruter ses propres équipes, afin de sélectionner les personnes qui conviennent à l'équipe, et nous avons été très chanceux à ce niveau-là... Je pense qu'il faut faire très attention aux personnes qu'on recrute... Là, nous avons de nouveaux membres qui viennent d'intégrer l'équipe, et je n'ai aucune idée de qui ils sont; j'espère qu'ils sauront rentrer dans le moule, mais je ne les ai toujours pas rencontrés. »

RU

L'engagement accru dans le travail en Belgique a parfois mené les membres de l'équipe à ne pas prendre de jours d'arrêts maladie alors qu'ils auraient eu besoin de ce temps de repos. Le tableau 16 contient un résumé des impressions du personnel concernant la rétention et le recrutement, pour chacun des pays.

Tableau 16 Impressions du personnel sur la rétention et le recrutement

Rétention et recrutement		RU	France	Belgique
<b>Expérience positive</b>	Satisfaction au travail accrue	X	X	X
	Relations améliorées et meilleure communication entre les membres des équipes TICC (et avec les patients)	X	X	X
	Implication dans le processus de recrutement	X	X	
	Fourniture de soins personnalisés	X		X
	Nombre de dossiers traités réduit			X
	Patients permanents	X		
	Opportunités de carrière et de formation uniques	X		
	Amélioration des compétences dans la résolution de problèmes et résultats professionnels plus cohésifs		X	
	Approprié pour les personnes aimant à la fois travailler en équipe et de manière indépendante		X	
<b>Points d'amélioration</b>	Non approprié pour les personnes préférant les structures hiérarchiques	X		X
	Surcharge de travail			X
	Processus de recrutement chronophage		X	
	Changements opérationnels	X		
	Pas d'implication dans le recrutement	X		

Note : Les éléments cochés dans le tableau sont ceux qui ont été **explicitement** mentionnés lors des groupes de discussion.

### 3.2.4.3 Arrêts maladie

#### Résultats quantitatifs

Les données générales fournies par les partenaires contenaient le nombre de jours d'arrêts maladie. Le nombre moyen de jours d'arrêts maladie par employé est donné pour chaque équipe et chaque période. Les résultats sont présentés dans le Schéma 13, et une moyenne générale pour tous les partenaires est donnée dans le Tableau 17.

Certains partenaires ont été en mesure de collecter des données témoins, et les estimations du nombre moyen de jours d'arrêts maladie par employé sont :

- Pour PP4, il s'agit de 3,1 jours pour les équipes TICC, et 4,4 jours pour les équipes témoins.
- Pour PP5, il s'agit de 10,6 jours pour les équipes TICC, et 11,6 jours pour les équipes témoins.

L'analyse statistique sur les données fournis par ces deux partenaires montre qu'il y a une différence significative de 1,4 jours en faveur des équipes TICC ( $p=0,003$ ) - démontrant ainsi un bénéfice pour les équipes TICC.

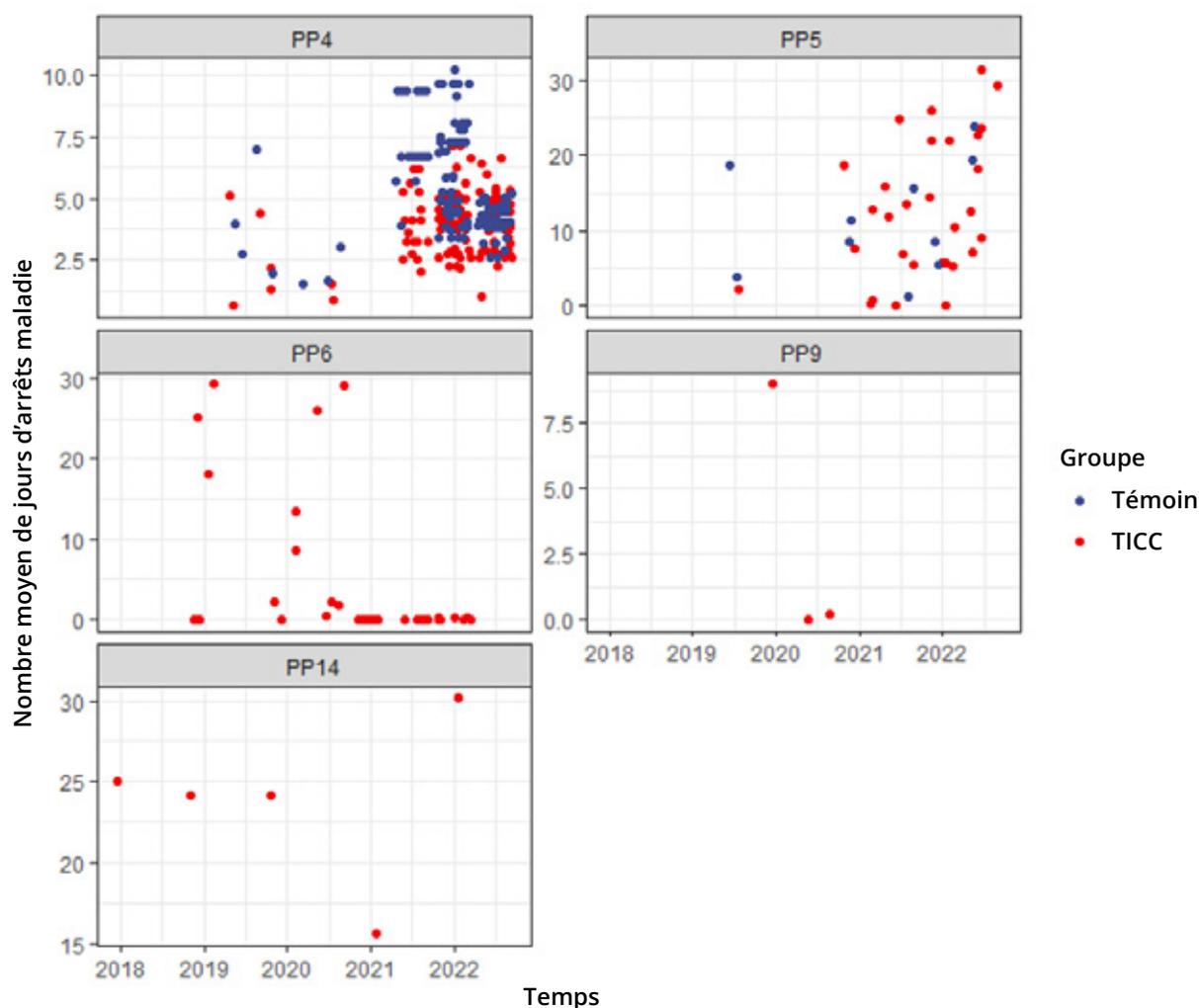


Schéma 13 Nombre de jours d'arrêts maladie. Les groupes témoins sont représentés en bleu et les équipes TICC en rouge.

Tableau 17 Nombre moyen de jours d'arrêts maladie.

Partenaires	Équipes témoins	Équipes TICC
PP4	4.4	3.1
PP5	11.6	10.6
PP6		5.4
PP9		4.6
PP14		23.8

### Résultats des groupes de discussion

Le Royaume-Uni et la France ont subi un manque de personnel significatif en raison d'arrêts maladie.<sup>2</sup> Les groupes de discussion n'ont pas permis de clairement établir l'origine du besoin d'arrêts maladies. La Belgique a indiqué que l'engagement accru amenait les équipes à prendre moins de jours d'arrêt maladie, même lorsque ceux-ci auraient été nécessaires.

## 3.2.5 Meilleure qualité des soins

### 3.2.5.1 Autonomie des patients

#### Résultats quantitatifs

L'impact de la santé sur l'autonomie des patients et leur participation sociale a été mesurée sur l'échelle IPA (Impact on Participation and Autonomy). Celle-ci évalue 4 dimensions sur une échelle de 0 à 4 :

- La vie sociale et les relations des patients
- L'autonomie en extérieur
- Le rôle de la famille
- L'autonomie en intérieur

Une autre dimension, relative au travail et aux études, n'a pas été considérée dans notre étude, car les participants n'étaient pas concernés car âgés. Les estimations des effets moyen, de visite, de groupe, de pays et d'interaction entre visite et groupes des modèles mixtes sont présentées dans le Tableau 18. L'évolution moyenne depuis V1, calculée comme moyenne marginale du modèle, est présentée dans le Schéma 14. Dans cette analyse, les données utilisées vont jusqu'à la Visite 5, donc une évolution dans le temps a pu être estimée. Nous n'avons pas trouvé de différences statistiques entre les patients pris en charge par les équipes TICC et ceux pris en charge par les équipes standards, ni un effet pays significatif.

A noter : en raison de la surcharge de travail engendrée, PP6 et PP11 n'ont pas remplis les questionnaires IPA. Ces deux partenaires ne sont donc pas inclus dans les résultats suivants.

2 Dans les premières séries de groupes de discussions, le Royaume-Uni a remarqué que le personnel prenait moins de jours d'arrêts maladie car les équipes étaient plus heureuses grâce au modèle TICC. Le bien-être au sein du modèle TICC s'est traduit par une réduction du nombre d'arrêts maladie. Des manques de personnel pour cause de maladie sont néanmoins apparus avec la pandémie de COVID-19.

Tableau 18 Coefficients et intervalles de confiance de 95% (fourchette dans laquelle la véritable valeur a 95% de chances de se trouver) des modèles mixtes pour chaque dimension du questionnaire IPA.

Score	Effet moyen (intercept)	Visite <sup>1</sup>	Groupe témoin <sup>2</sup>	France <sup>3</sup>	RU <sup>3</sup>	Valeur-p du pays	Visite* Témoin <sup>4</sup>	Valeur-p par groupe
Autonomie en intérieur	-0.5 [-1; 0.1]	0.1 [0; 0.2]	0.4 [-0.5; 1.3]	-0.4 [-1.4; 0.6]	-0.1 [-0.9; 0.8]	0.669	-0.1 [-0.3; 0]	0.456
Rôle de la famille	-0.8 [-1.6; 0]	0.1 [-0.2; 0.3]	-0.3 [-1.8; 1.2]	0 [-1.2; 1.3]	0.7 [-0.2; 1.7]	0.27	-0.1 [-0.5; 0.3]	0.151
Autonomie en extérieur	-0.6 [-1.8; 0.7]	0.3 [-0.1; 0.8]	-0.4 [-1.8; 0.8]	-1.2 [-2.3; 0.3]	-0.1 [-1.4; 1]	0.0529	0 [-0.3; 0.4]	0.504
Vie sociale et relations	-0.1 [-0.7; 0.4]	0.1 [0; 0.3]	0.2 [-0.6; 1.1]	0 [-0.8; 0.6]	0 [-0.6; 0.5]	0.995	0 [-0.3; 0.2]	0.822

1 Effet pour chaque visite supplémentaire

2 Différence avec le groupe cible

3 Différence avec la Belgique

4 Effet de groupe sur l'évolution dans le temps

Les coefficients s'interprètent ainsi : l'effet moyen est l'évolution moyenne des scores pour les équipes TICC en Belgique, en V2. Visite est l'évolution pour chaque visite supplémentaire. Le groupe témoin est l'effet supplémentaire pour les équipes de contrôle. La France et le Royaume Uni correspondent au changement supplémentaire pour les patients dans ces pays.

Visite\*témoin est l'effet de la visite supplémentaire dans le groupe témoin.

La valeur-p de groupe considère à la fois l'effet de groupe principal et une interaction significative, ce qui implique que nous pouvons avoir soit un niveau différent, soit une évolution différente dans le temps dans chaque groupe. Un effet est considéré comme significatif lorsque la valeur-p < 0,05.

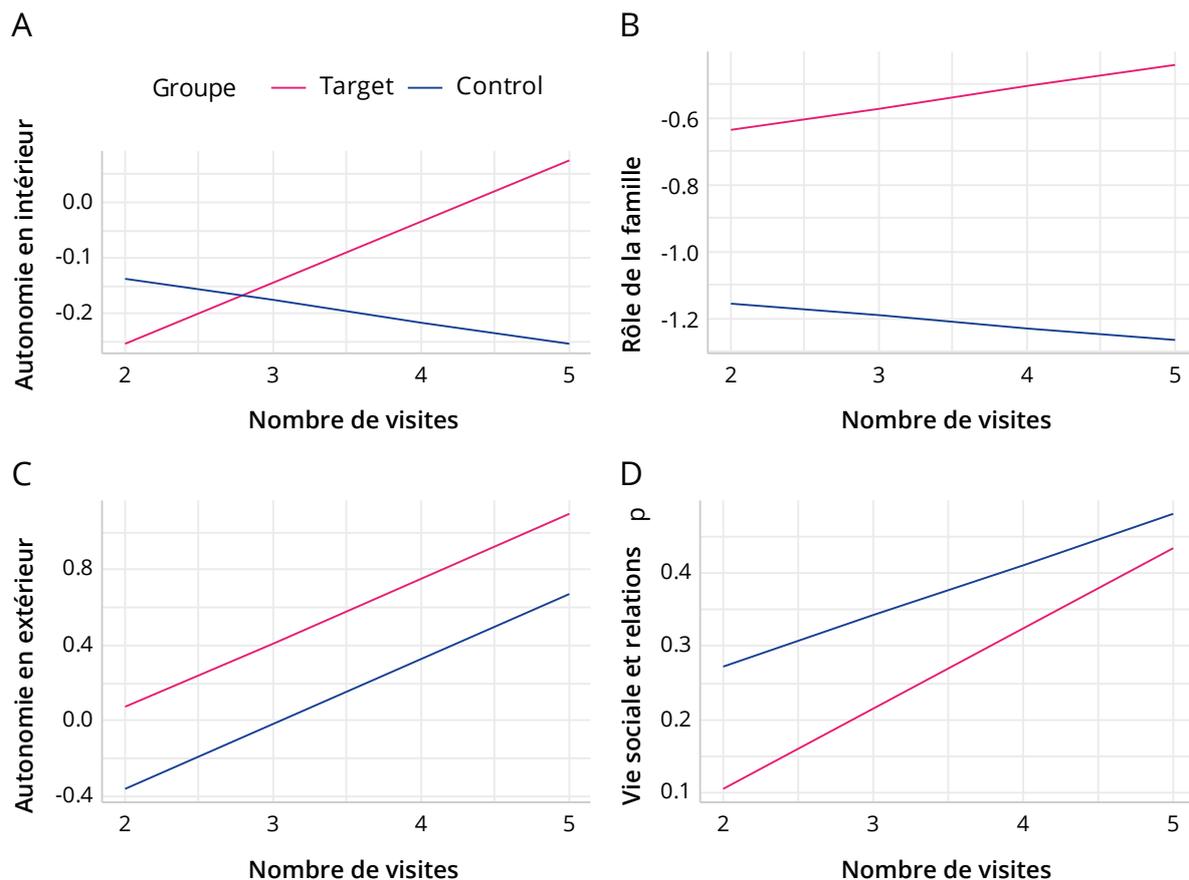


Schéma 14 Évolution des scores IPA depuis la première visite (V1) pour les différentes dimensions : A - Autonomie en intérieur B - Rôle de la famille; C- Autonomie en extérieur; D - Vie sociale et relations. Les groupes témoins sont représentés en bleu et les équipes TICC en rouge.

### Résultats des groupes de discussion

De manière générale, il y a eu une nette division entre les patients (et aidants informels) qui ont fortement apprécié l'autonomie offerte par le modèle TICC et les patients (et aidants informels) qui ne l'ont pas aimé.

La France a noté que les patients et leurs aidants informels ont apprécié les gains d'autonomie offerts par le modèle TICC. Les patients et aidants informels ont apprécié que l'équipe TICC collabore avec eux plutôt que de leur imposer un plan thérapeutique, leur donnant ainsi plus d'autonomie. La France a ainsi déclaré la chose suivante :

*« Dans les effets positifs, je vois aussi l'impact positif sur les aidants, qui se trouvent ainsi soulagés de leur rôle, et en même temps, ils se rendent compte qu'ils ne sont pas seuls. Ils se sentent valorisés car nous les intégrons dans les plans thérapeutiques et nous travaillons avec eux. Ils sont surpris et satisfaits à la fois. Pour moi, c'est la différence principale avec le travail en cabinet privé. Avec cette manière de travailler, nous n'avons pas forcément besoin de travailler le plus vite possible, car nous voulons rendre leur autonomie aux patients! Cela les surprend; on peut à la fois prendre soin et assister ou aider, car les deux missions sont souvent entremêlées! »*

FR

Les équipes françaises ont aussi exprimé que les aidants informels avaient de fortes réactions en début de prise en charge lorsque les infirmières déléguaient certaines tâches aux patients pour encourager

l'auto-gestion. Ainsi, les infirmières devaient prendre le temps d'expliquer et de présenter l'approche et ses avantages à tous les nouveaux patients et leurs aidants. La France a déclaré ceci :

*« Avec les familles, cela peut aussi causer des incompréhensions : Pourquoi faites-vous cela? Pourquoi ne faites-vous pas cela? Comme brosser les dents de quelqu'un qui a perdu son indépendance. Nous devons expliquer que nous cherchons à encourager et soutenir le développement de l'autonomie du patient. J'explique : je tiens le bras de votre maman, et elle est capable de se brosser les dents par elle-même. Ils sont alors surpris par la réapparition de certains gestes, par une plus grande mobilité ou par le retour de certaines compétences qui semblaient disparues. »* FR

Au Royaume-Uni, le soutien à l'autonomie des patients a été un effort constant dans la prise en charge. Les équipes ont régulièrement dispensé des formations pour aider les patients à prendre en charge leurs besoins de santé et à adopter un style de vie plus sain. Le Royaume-Uni a souligné les difficultés à promouvoir l'autonomie et l'indépendance des patients.<sup>3</sup> Une des difficultés a été que certaines personnes refusent de se prendre elles-mêmes en charge, même si elles en sont capables. Les équipes ont perçu que prendre soin des patients faisait partie des responsabilités des infirmières, comme cela est illustré dans la déclaration suivante :

*« Lorsque vous êtes un professionnel de santé, les patients pensent que vous devez tout faire pour eux. Lorsqu'un nouveau patient est pris en charge, il faut consacrer beaucoup d'effort pour amener cette personne à penser différemment, à se dire que, oui, elle peut prendre soin d'elle-même.... C'est très dur d'éduquer quelqu'un... »* RU

Les équipes TICC au Royaume-Uni se sentaient liées au devoir de ne pas arrêter la prise en charge des patients qui n'étaient pas capables de prendre des mesures de soins appropriées. Les équipes ont ainsi conclu :

*« Cela revient à nous, car nous avons une obligation de soins; c'est tout! »* RU

Certains patients et professionnels ont développé une dépendance à l'équipe TICC en raison de l'engagement accru. Ces patients ont continué d'être engagés avec l'équipe TICC, car ils sont devenus trop dépendants du soutien et de la compagnie apportés par le modèle. Selon une déclaration de l'équipe TICC :

*« Ils peuvent devenir trop dépendants, et je pense que le danger de cela est que nous devenons finalement très proches de nos patients, ils s'habituent à nous, puis ils ont du mal à ce que cela s'arrête. Ils s'accrochent à nous, ils ne veulent pas lâcher la prise en charge... Nous les voyons depuis longtemps, et nous savons qu'ils peuvent sans doute se débrouiller seuls, mais ils ne veulent pas. »* RU

Par ailleurs, plusieurs patients n'ont pas démontré de capacité à prendre soin d'eux-mêmes. Leurs standards d'hygiène étaient si mauvais que la mise en œuvre de l'autogestion pourrait constituer un risque pour leur santé. Le Royaume-Uni a ainsi expliqué :

*« Nous essayons de les éduquer, nous essayons, et parfois nous arrivons à amener des patients vers l'autogestion, mais pour certains patients, ce n'est pas vraiment souhaitable. En raison de l'hygiène et de choses comme ça... En autogestion, ils sont plus à risque, donc c'est mieux de passer chez eux et de s'en occuper... Tant qu'ils sont aptes, au moins au niveau physique... Mais après, on leur explique qu'ils*

---

<sup>3</sup> Lors des premières séries de groupes de discussions, le Royaume-Uni a discuté des effets positifs de la promotion de l'autonomie auprès des patients et de leurs aidants informels. Les partenaires du Royaume-Uni ont spécifiquement mentionné les résultats positifs concernant l'amélioration des capacités d'autogestion et la sortie de soins plus rapide des patients.

*doivent se laver les mains, puis mettre les gants, et là, ils disent non... Mais ce n'est pas grave, cela ne marche pas avec tout le monde... Vraiment, cela ne marche pas avec tout le monde, et même si le patient est volontaire, parfois on sait qu'on va finir par devoir envoyer le patient aux urgences pour un choc septique si on le laisse faire... »*

RU

Le tableau 19 contient un résumé des impressions du personnel concernant l'autonomie des patients, pour chacun des pays.

Tableau 19 Impressions du personnel sur l'autonomie des patients

Autonomie des patients		RU	France	Belgique
<b>Expériences positives</b>	Collaboration entre patient et soignant		x	
<b>Points d'amélioration</b>	Autonomie difficile à mettre en œuvre, par ex. en raison des attentes conventionnelles envers les infirmières, la trop grande dépendance à la prise en charge et les mauvaises capacités d'autogestion des patients	x	x	

Note : Les éléments cochés dans le tableau sont ceux qui ont été **explicitement** mentionnés lors des groupes de discussion.

### 3.2.5.2 Satisfaction des patients

#### Résultats quantitatifs

La satisfaction des patients relative à leur prise en charge a été étudiée selon 2 critères. Le premier critère est une mesure directe de la satisfaction, avec le Net Promotor Score. Le second concerne la qualité de vie relative à la santé, telle que mesurée par les questionnaires MOS-SF-36 et MOS-SF-12.

#### Net Promotor Score

Les patients ont répondu à la question : « dans quelle mesure recommanderiez-vous notre organisation à l'un de vos amis? », sur une échelle allant de 1 (pire score) à 10 (meilleur score). Le NPS est alors calculé comme le pourcentage de patients ayant donné un score de 9 ou 10 (les « promoteurs ») moins le pourcentage de patients ayant donné un score de 6 ou moins (les « détracteurs »).

Comme cela peut être constaté dans le Tableau 20, le NPS semble plus élevé dans les équipes TICC.

Tableau 20 Net Promotor Score calculé lors de chaque visite, pour chaque partenaire.

PP	Pays	Groupe	Visites				
			1	2	3	4	5
PP4	RU	Cible	64	82	83	67	100
PP4	RU	Témoin	59	68	50	-33	-33
PP5	RU	Cible	89	50	67		
PP5	RU	Témoin	-50	0			
PP9	BE	Cible	51	74	62	0	

Pour PP11, le NPS n'a pas été collecté au cours du suivi du patient. Néanmoins, le partenaire a fourni une estimation du NPS sur la base des évaluations réalisées régulièrement, comme rapporté dans le Tableau 21.

Il semblerait que le NPS soit plus élevé à la fin du projet qu'à son début.

Tableau 21 NPS annuel calculé pour PP11.

Année	2017	2018	2019	2020	2021	2022
NPS	29	35	35	51	38	44

### Qualité de vie liée à la santé

Une autre dimension calculée a été la qualité de vie relative à la santé, telle que mesurée par les questionnaires MOS-SF-12 et MOS-SF-36. Le SF-36 est un questionnaire contenant 36 items. Il a été utilisé par les partenaires du Royaume-Uni (PP4 et PP5). Les partenaires belges et français ont utilisé une version plus courte, comportant 12 items. La version plus courte a été utilisée en raison des difficultés pour les patients à compléter les 36 items et du temps que cela prenait aux équipes. Indépendamment de la version utilisée, les questionnaires ont donné deux scores globaux : un score de qualité de vie liée à la santé mentale et un score de qualité de vie liée à la santé physique. Les résultats de l'analyse des modèles mixtes sont présentés dans le Tableau 22.

**Il y a un impact positif des équipes TICC sur la qualité de vie.** L'impact sur le score de santé mentale est statistiquement significatif et quasiment significatif pour le score de santé physique. Par ailleurs, il y a un impact sur l'évolution des scores, avec des scores qui augmentent ou sont stables pour les équipes TICC, alors que les scores diminuent dans les équipes témoins. Le Schéma 15 montre l'évolution moyenne des scores pour chaque visite depuis V1.

Tableau 22 Coefficients et intervalles de confiance de 95% des modèles mixtes pour chaque dimension des questionnaires MOS-SF12/36

Score	Effet moyen (intercept)	Visite <sup>1</sup>	Groupe témoin <sup>2</sup>	France <sup>3</sup>	RU <sup>3</sup>	Valeur-p du pays	Visite * Témoin <sup>4</sup>	Valeur-p par groupe
Santé mentale	-4.7 [-15.7; 6.3]	1.2 [-1.1; 3.3]	8.4 [-5.9; 22.8]	4.3 [-6.6; 14.6]	7.5 [-3.7; 21.3]	0.588	-4.7 [-8.7; -0.7]	0.0258*
Santé physique	0.2 [-11.4; 11.3]	0.3 [-3.3; 3.4]	14.7 [-1; 30.2]	0.1 [-10.4; 9.9]	1.8 [-10.7; 13.3]	0.87	-5.3 [-9.8; -1.2]	0.0538.

1 Effet pour chaque visite supplémentaire

2 Différence avec le groupe cible

3 Différence avec la Belgique

4 Effet de groupe sur l'évolution dans le temps

Les coefficients s'interprètent ainsi : l'effet moyen est l'évolution moyenne des scores pour les équipes TICC en Belgique, en V2. Visite est l'évolution pour chaque visite supplémentaire. Le groupe témoin est l'effet supplémentaire pour les équipes de contrôle. La France et le Royaume Uni correspondent au changement supplémentaire pour les patients dans ces pays.

Visite\*témoin est l'effet de la visite supplémentaire dans le groupe témoin.

La valeur-p de groupe considère à la fois l'effet de groupe principal et une interaction significative, ce qui implique que nous pouvons avoir soit un niveau différent, soit une évolution différente dans le temps dans chaque groupe. Un effet est considéré comme significatif lorsque la valeur-p<0,05.

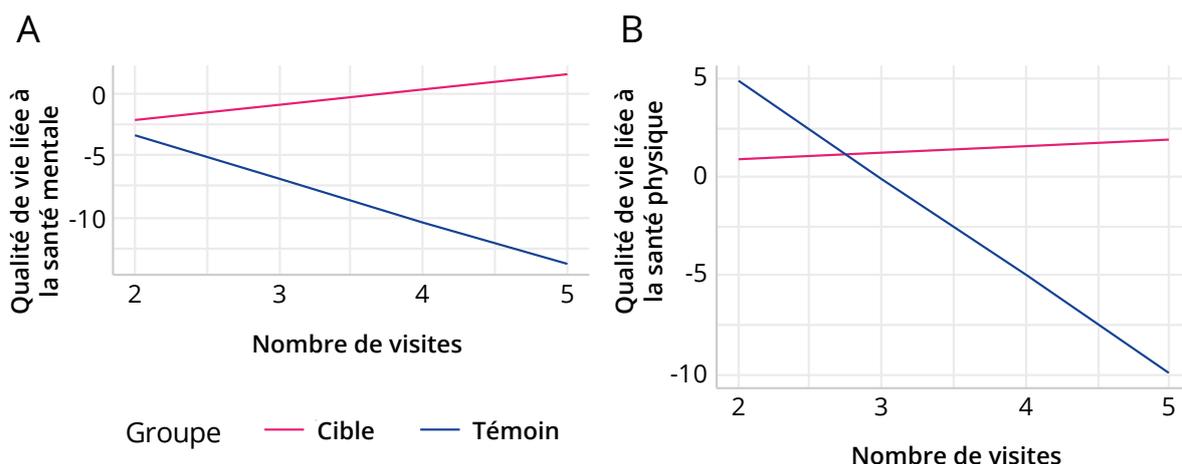


Schéma 15 Évolution des scores SF12/36 depuis le début pour les deux dimensions principales : A – qualité de vie liée à la santé mentale; B – qualité de vie liée à la santé physique. Les groupes témoins sont représentés en bleu et les équipes TICC en rouge.

### Résultats des groupes de discussion

De manière générale, il y a eu une distinction claire entre les patients qui ont apprécié le nouveau modèle de prise en charge pour son approche plus globale, alors que d'autres l'ont trouvé trop intrusif ou n'ont pas apprécié l'accent mis sur l'autogestion. Il y a de fortes différences entre les perceptions des patients selon les pays. Par exemple, les patients en France ont donné des retours plus positifs qu'au Royaume-Uni.

En France, les patients ont apprécié le fait de pouvoir contacter directement leur infirmière désignée en cas de problème ou changement. Les patients français ont aimé l'approche plus collaborative et l'implication active dans leur prise en charge offerte par le modèle TICC.

*« Nous sommes ceux qui prennent le patient en charge de A à Z. Nous gérons les repas, la nourriture, nous prenons les rendez-vous, nous prenons en charge les demandes spéciales en cas de changement des besoins. Pas besoin de passer par le bureau central. C'est beaucoup plus rapide et bien plus fiable. » FR*

Les patients et aidants informels en France ont formé des relations de qualité avec leurs infirmières grâce au modèle TICC. Ils ont ressenti une confiance accrue envers les membres de l'équipe TICC, et ont été plus compréhensifs face aux difficultés et aux changements apportés dans la prise en charge. Certains patients français ont réagi à la nouvelle approche avec inquiétude. Certains patients ont ainsi ressenti cette approche holistique comme étant intrusive, comme décrit dans la déclaration suivante :

*« Certains patients peuvent être déstabilisés par le nombre de questions que nous leur posons afin d'apprendre à les connaître. Certains trouvent cela intrusif. Ils ne sont pas toujours conscients de la raison pour laquelle nous cherchons à les connaître autant, donc nous devons expliquer notre approche. » FR*

Au Royaume-Uni, les patients ont eu des difficultés pour s'adapter au nouveau modèle de prise en charge<sup>4</sup>. Certains patients ont eu des attentes plus traditionnelles concernant le rôle de l'infirmière envers un patient. Les patients ont exprimé un mécontentement avec la qualité des soins lorsque leurs attentes conventionnelles n'étaient pas remplies. Le Royaume-Uni a ainsi partagé cette anecdote :

4 Durant les premières sessions de groupes de discussion, le personnel du Royaume-Uni a déclaré que les patients ont perçu le modèle TICC comme offrant une meilleure qualité des soins, plus centré sur la personne et plus holistique.

« C'est comme si nous étions ces personnes horribles qui ne veulent pas aller voir les gens, alors que pas du tout... Mais au final, on se retrouve avec des familles qui nous appellent et se plaignent : « pourquoi n'êtes-vous pas aller voir mon père? Vous êtes pourtant venue hier ! ». Ils parlent pourtant d'un patient qui n'est pas immobilisé chez lui, et nous y allons pour administrer un traitement, et ce patient dit : « j'ai payé mes impôts, pourquoi une infirmière ne vient-elle pas faire mes injections? » Pourtant, il est plus que capable de le faire lui-même. Il peut sortir de son fauteuil roulant, il peut aller faire des courses, mais parce que nous sommes des infirmières, il attend de nous qu'on vienne le voir, car il estime qu'il le mérite et que c'est notre travail. Néanmoins, ce n'est pas notre travail, car notre travail, c'est d'aller voir les personnes vulnérables qui ne peuvent cliniquement pas quitter leur domicile. » RU

Le tableau 23 contient un résumé des impressions du personnel concernant la satisfaction des patients, pour chacun des pays.

Tableau 23 Impressions du personnel sur la satisfaction des patients

Satisfaction des patients		RU	France	Belgique
<b>Expériences positives</b>	Implication active dans la prise en charge		X	
	Contact direct avec l'infirmière		X	
<b>Points d'amélioration</b>	Ressenti intrusif de l'approche holistique		X	
	Promotion de l'autogestion	X		

Note : Les éléments cochés dans le tableau sont ceux qui ont été **explicitement** mentionnés lors des groupes de discussion.

### 3.2.5.3 Efficacité des soins

#### Résultats quantitatifs

Trois indicateurs ont été utilisés pour mesurer l'efficacité des soins, tous collectés parmi les données générales : la durée de prise en charge des patients, le nombre d'hospitalisations imprévues et le nombre d'admissions aux soins à domicile. Pour les deux derniers critères, nous avons considéré l'hypothèse selon laquelle des meilleurs soins à domicile, avec un meilleur soutien des aidants informels, peut augmenter la durée durant laquelle les patients peuvent rester à domicile.

#### Durée de prise en charge

La durée moyenne de prise en charge a été estimée par les partenaires, au sein de chaque équipe. Les données sont représentées dans le Schéma 16. Un résumé est présenté dans le Tableau 24.

**Pour les partenaires avec des données témoins (PP4 et PP5), la durée de prise en charge semble plus courte dans les équipes TICC, la différence moyenne étant de 187 jours (p=0,001).** Dans ce cas, cela implique que le même nombre d'employés serait capable de prendre en charge plus de patients au cours d'une année. Néanmoins, la durée de prise en charge est grandement variable selon l'équipe et le type de patients pris en charge, donc ce résultat est à considérer avec précaution.

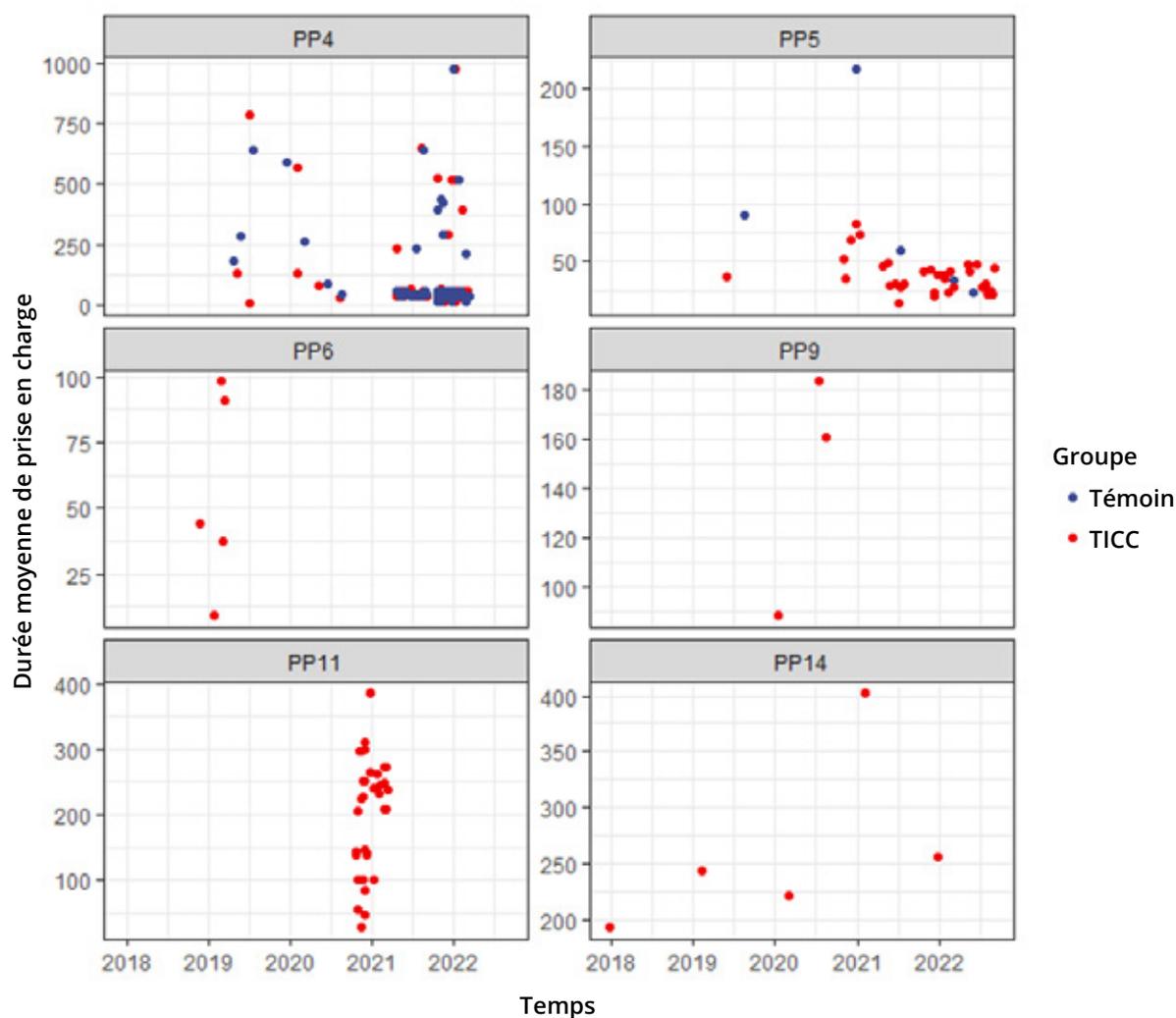


Schéma 16 Durée de la prise en charge en jours. Chaque point correspond à une équipe. L'axe X représente le temps, et l'axe Y représente la durée estimée de prise en charge. Les groupes témoins sont représentés en bleu et les équipes TICC en rouge.

Tableau 24 Durée moyenne de la prise en charge en jours.

Partenaires	Équipes témoins	Équipes TICC
PP4	208.0	178.7
PP5	84.4	39.3
PP6		56.0
PP9		130.2
PP11		202.1
PP14		263.6
Total	146.2	145

## Hospitalisations imprévues et admissions en soins à domicile

Le nombre d'hospitalisations imprévues et le taux d'admissions en soins à domicile sont difficiles à interpréter. Effectivement, l'information a été difficile à collecter, et n'a été collectée que partiellement. Aucune donnée de groupes témoins n'est disponible pour les hospitalisations imprévues. Les données disponibles sont présentées dans le Schéma 17 et résumées dans le Tableau 25 pour les hospitalisations imprévues, et dans le Schéma 18 et Tableau 26 pour les admissions en soins à domicile.

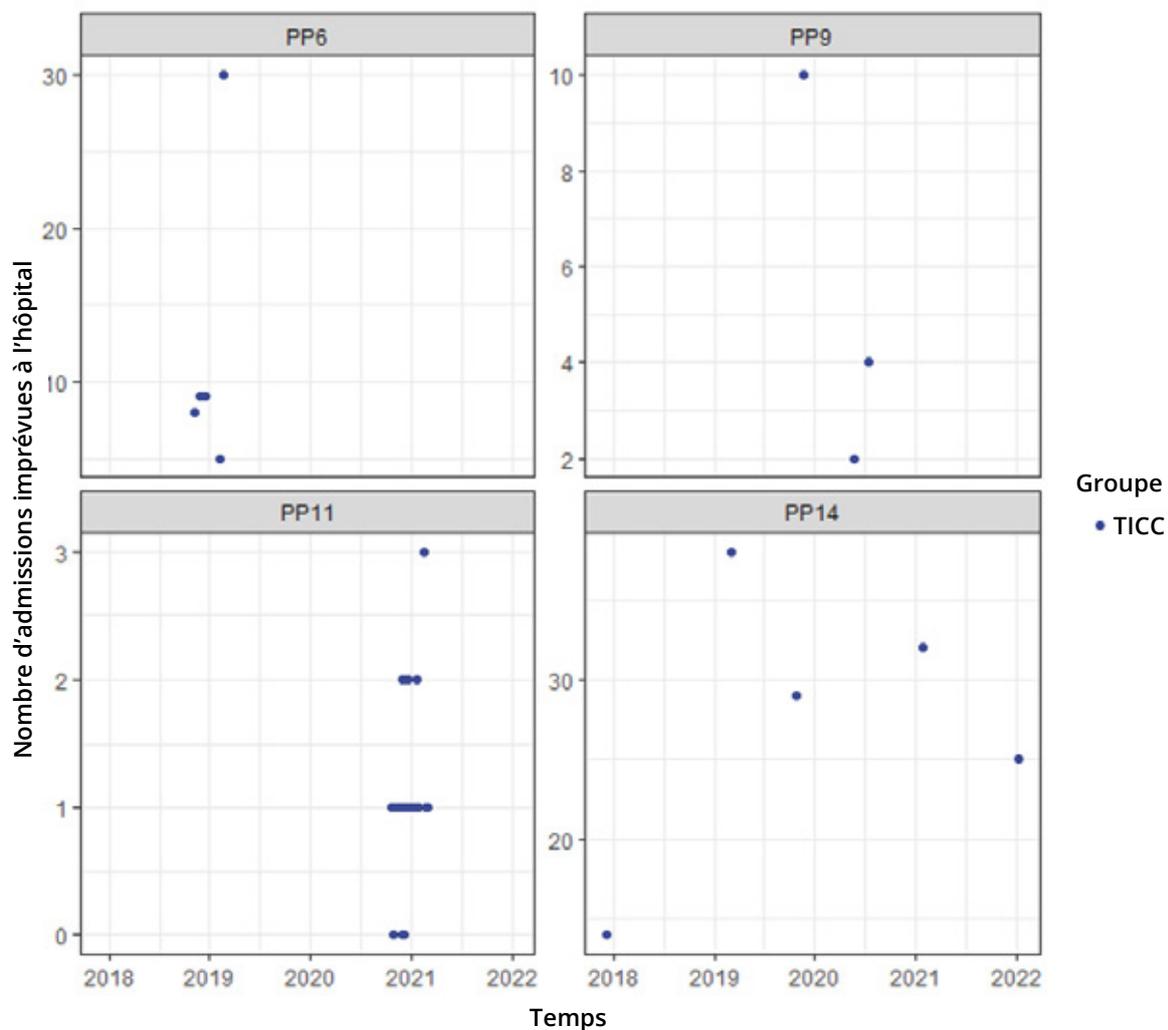


Schéma 17 Nombre d'hospitalisations imprévues.

Tableau 25 Nombre moyen de jours d'admissions imprévues à l'hôpital.

PP	Équipes TICC
PP6	12.2
PP9	5.3
PP11	1.1
PP14	38.0
Moyenne générale	14.2

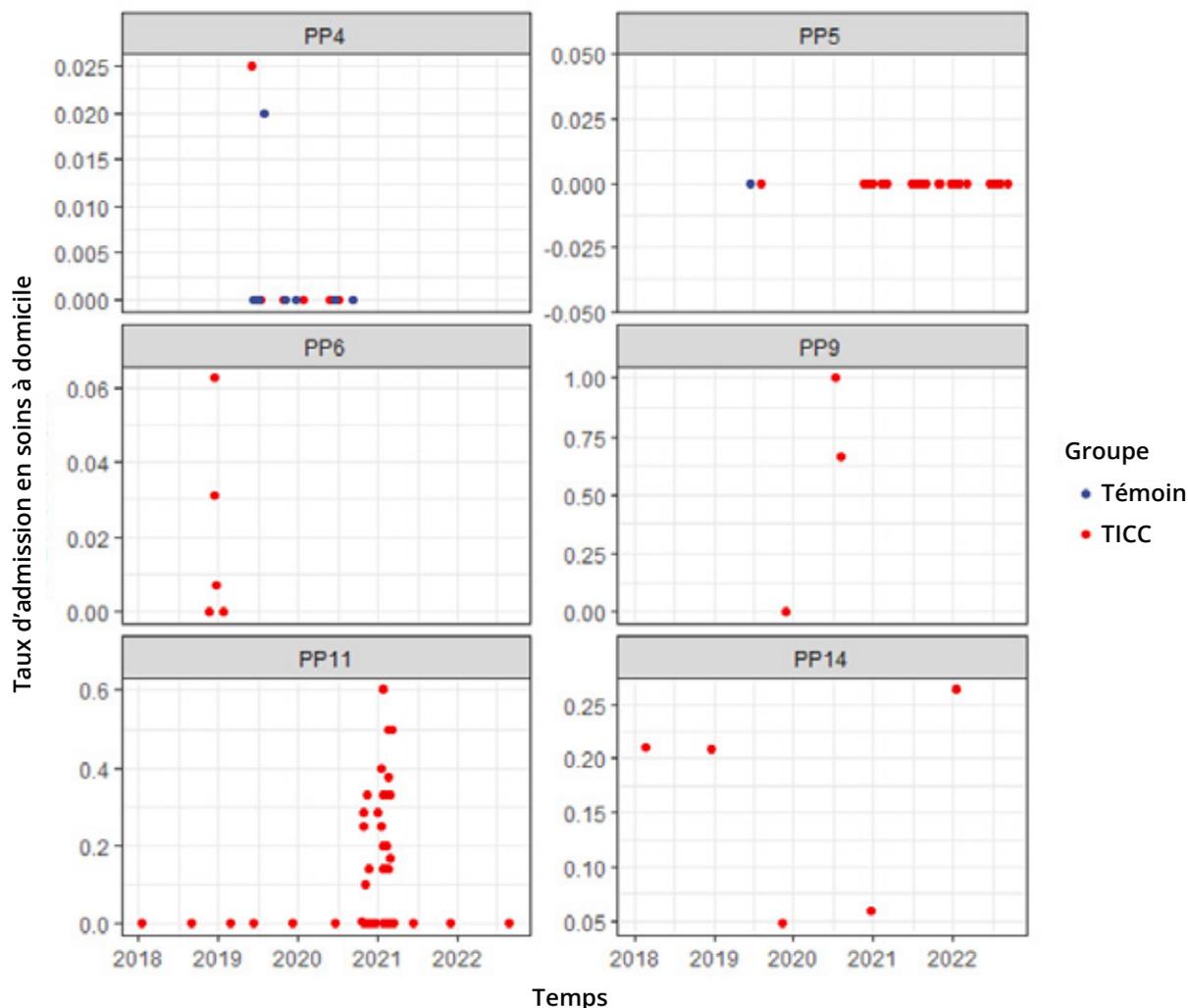


Schéma 18 Taux d'admissions en soins à domicile. Les groupes témoins sont représentés en bleu et les équipes TICC en rouge.

Tableau 26 Taux moyen des admissions à domicile.

Partenaires	Équipes témoins	Équipes TICC
PP4	0	0.0
PP5	0	0.0
PP6		0.0
PP9		0.6
PP11		0.2
PP14		0.3
Total	0	0.2

### Résultats des groupes de discussion

De manière générale, les pays ont identifié que la continuité des soins s'est améliorée, et que la prise en charge est devenue plus holistique. La Belgique et le Royaume-Uni ont également constaté une tendance à

la baisse des accidents cliniques. Néanmoins, le fardeau administratif a eu un impact négatif sur la prise en charge des patients.

Les équipes en France, Belgique et Royaume-Uni ont ressenti être en mesure de fournir des soins plus holistiques. En Belgique, cette approche holistique de la prise en charge a mené vers une meilleure qualité des soins.

La France et le Royaume-Uni ont également noté qu'ils pourraient mieux faire en termes de continuité des soins. Par exemple, le modèle TICC a permis de la continuité dans la prise en charge des patients français par l'établissement d'horaires et de personnels fixes, ainsi qu'en prenant des décisions individuelles relatives à la prise en charge du patient et la prévision des soins, sans intermédiaire. L'équipe a résumé cela dans la déclaration suivante :

*« Nous gérons les repas, la nourriture, nous prenons les rendez-vous, nous prenons en charge les demandes spéciales en cas de changement des besoins. Pas besoin de passer par le bureau central. C'est beaucoup plus rapide et bien plus fiable. »*

FR

Les équipes belges et britanniques ont trouvé que le modèle TICC a eu un effet positif sur les accidents cliniques.<sup>5</sup> La Belgique a déclaré avoir noté une baisse des erreurs médicamenteuses, car les infirmières ont eu le temps d'administrer le médicament elles-mêmes ou de transmettre des instructions précises et exactes à d'autres infirmières. Au Royaume-Uni, le développement de l'autonomie et de l'empowerment des patients leur a permis de maintenir de hauts standards dans la délivrance d'une prise en charge holistique, sûre et flexible. Une équipe TICC du Royaume-Uni a noté qu'aucun accident clinique évitable n'a eu lieu. La prise en charge au Royaume-Uni a été plus sûre car l'information est fournie plus rapidement au patient, d'une manière plus complète, avec moins de marge d'erreur. L'équipe du Royaume-Uni a ainsi donné un exemple :

*« Au cours de la pandémie de COVID, ceux [les collègues de l'équipe TICC] qui étaient vulnérables ont pu travailler depuis leur domicile, mais il y avait toujours les relèves, donc nous utilisons Facetime ou le téléphone afin qu'ils puissent entendre les relèves. »*

RU

L'efficacité de la prise en charge au Royaume-Uni a augmenté car le personnel junior a endossé des responsabilités plus complexes. Le personnel junior prenant en charge ces responsabilités a eu un impact positif sur le fonctionnement de l'équipe et la prise en charge des patients.

La France et la Belgique ont noté que le fardeau administratif a affecté l'efficacité de la prise en charge. Une équipe française a déclaré qu'elle a ressenti qu'elle passait moins de temps auprès des patients après la mise en œuvre du modèle TICC. En raison de restrictions liées au nombre de dossiers pris en charge et au nombre de tâches administratives, les membres de l'équipe ont déclaré voir moins de patients au cours d'une journée. La Belgique a mentionné que le fardeau administratif a été tel qu'il a réduit la qualité des soins car les infirmières étaient obligées de s'absenter des réunions thérapeutiques d'équipe pour réaliser les tâches administratives.

Au Royaume-Uni, les changements opérationnels et les facteurs externes ont eu un impact sur les performances de prise en charge. Par exemple, ils ont mené vers moins de visites quotidiennes et plus

---

5 Au cours des premières séries de groupes de discussion, l'équipe a identifié une tendance à la réduction des accidents cliniques. Un des partenaires du Royaume-Uni a attribué cela au fait que les équipes TICC ont accepté une plus grande responsabilité vis à vis des soins prodigués. L'opportunité de construire des relations thérapeutiques de confiance avec les patients/aidants informels a eu un impact positif sur la capacité du personnel à identifier et résoudre les problèmes de sécurité.

d'heures supplémentaires en raison de l'augmentation de la charge de travail et des temps de trajets. Le Royaume-Uni a mis en avant le temps perdu dans les trajets :

*« Lors de la garde du soir, il peut parfois nous arriver d'avoir besoin de 40 à 60 minutes [en temps de trajet entre les visites]. Ça, c'est pendant les mauvais jours... Néanmoins, même les bons jours, c'est au moins une demi-heure, si ce n'est plus. »* RU

Le tableau 27 contient un résumé des impressions du personnel concernant l'efficacité de la prise en charge, pour chacun des pays.

Tableau 27 Impressions du personnel sur l'efficacité de la prise en charge.

Efficacité de la prise en charge		RU	France	Belgique
<b>Perceptions positives</b>	Prise en charge holistique	x	x	x
	Meilleure continuité de la prise en charge	x	x	
	Moins d'accidents cliniques ou d'erreurs	x		x
	Meilleur service rendu en raison de plus amples responsabilités confiées au personnel junior	x		
	Meilleure qualité des soins			x
<b>Perceptions négatives</b>	Soutien administratif		x	x
	Ingérence de l'organisation hôte ou facteurs externes	x		

Note : Les éléments cochés dans le tableau sont ceux qui ont été **explicitement** mentionnés lors des groupes de discussion.

### 3.2.5.4 Le fardeau des aidants informels

#### Résultats quantitatifs

Le fardeau des aidants informels a été mesuré au travers du Zarit Burden Interview, comme expliqué auparavant. Un score plus élevé correspond à un fardeau plus élevé. L'évolution du score de fardeau en V2 a été analysée par un modèle mixte. Les résultats du modèle mixte sont présentés dans le Tableau 28, et l'estimation de l'évolution moyenne est représentée dans le Schéma 19. **Nous n'avons pas trouvé de différences significatives entre les deux groupes.** En raison de la nature des questions, perçues comme intrusives par les aidants informels, les questionnaires ont été difficiles à remplir. Les partenaires français (PP6, PP11 et PP14) n'ont pas été en mesure de collecter des données sur ce sujet, ou trop peu pour être utilisées. Ainsi, les résultats de ces partenaires ne sont pas intégrés dans cette analyse. La différence moyenne entre les deux groupes est de 2 points, mais elle n'est pas statistiquement significative.

Tableau 28 Coefficients et intervalles de confiance de 95% des modèles mixtes pour le score ZBI.

Score	Effet moyen (intercept)	Groupe témoin <sup>1</sup>	Valeur-p par groupe	RU <sup>2</sup>	Valeur-p du pays
ZBI	0.5 [-3.4; 4.5]	-2 [-6.3; 3.3]	0.325	1 [-4.3; 5.9]	0.676

1 Différence avec le groupe cible

2 Différence avec la Belgique

Les coefficients s'interprètent ainsi : l'effet moyen est l'effet moyen pour les équipes TICC en Belgique. Le groupe témoin est l'effet supplémentaire pour les équipes de contrôle. RU correspond au changement pour les équipes du RU. Un effet est considéré comme significatif lorsque la valeur-p < 0,05.

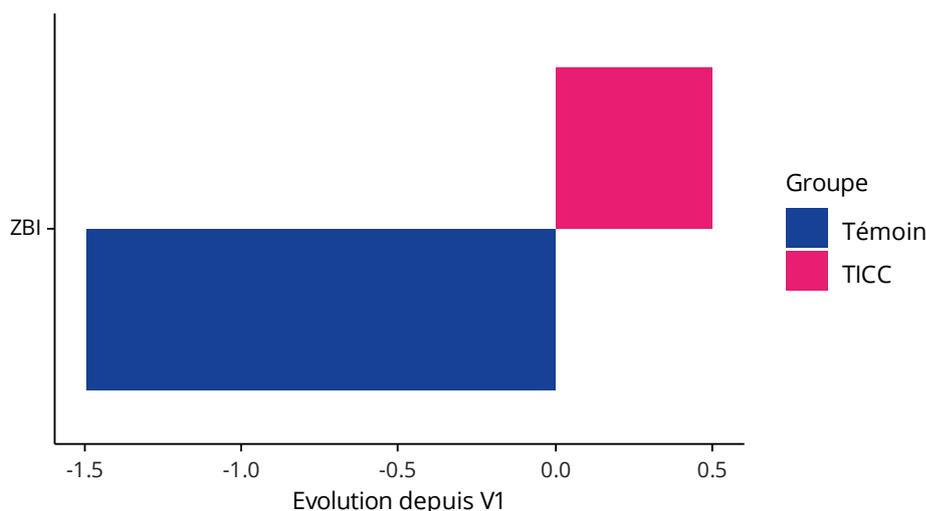


Schéma 19 Évolution moyenne du score ZBI entre V1 et V2 Les groupes témoins sont représentés en bleu et les équipes TICC en rouge.

## 3.2.6 Réduction des coûts

### Résultats quantitatifs

Deux indicateurs ont été extraits des systèmes des organisations - appelés données générales - soit les coûts moyens des soins à domicile et le nombre moyen d'heures de prise en charge par patient.

#### Coûts moyens de la prise en charge à domicile

Les coûts moyens de la prise en charge à domicile ont été estimés par les partenaires (Tableau 29). Les coûts sont estimés par équipes à différents moments de la prise en charge. Les données sont représentées dans le Schéma 20, où chaque point correspond à une équipe. L'axe X représente le temps, et l'axe Y représente les coûts estimés. Les couleurs sont différentes pour les équipes TICC et les équipes témoin. Les coûts des soins à domicile sont assez hétérogènes, allant de 224€ à 5461€.

**Pour le seul partenaire avec des données témoins (PP4), les coûts ont été significativement plus élevés pour les équipes TICC, avec une augmentation moyenne de 811€ ( $p < 0,001$ ).**

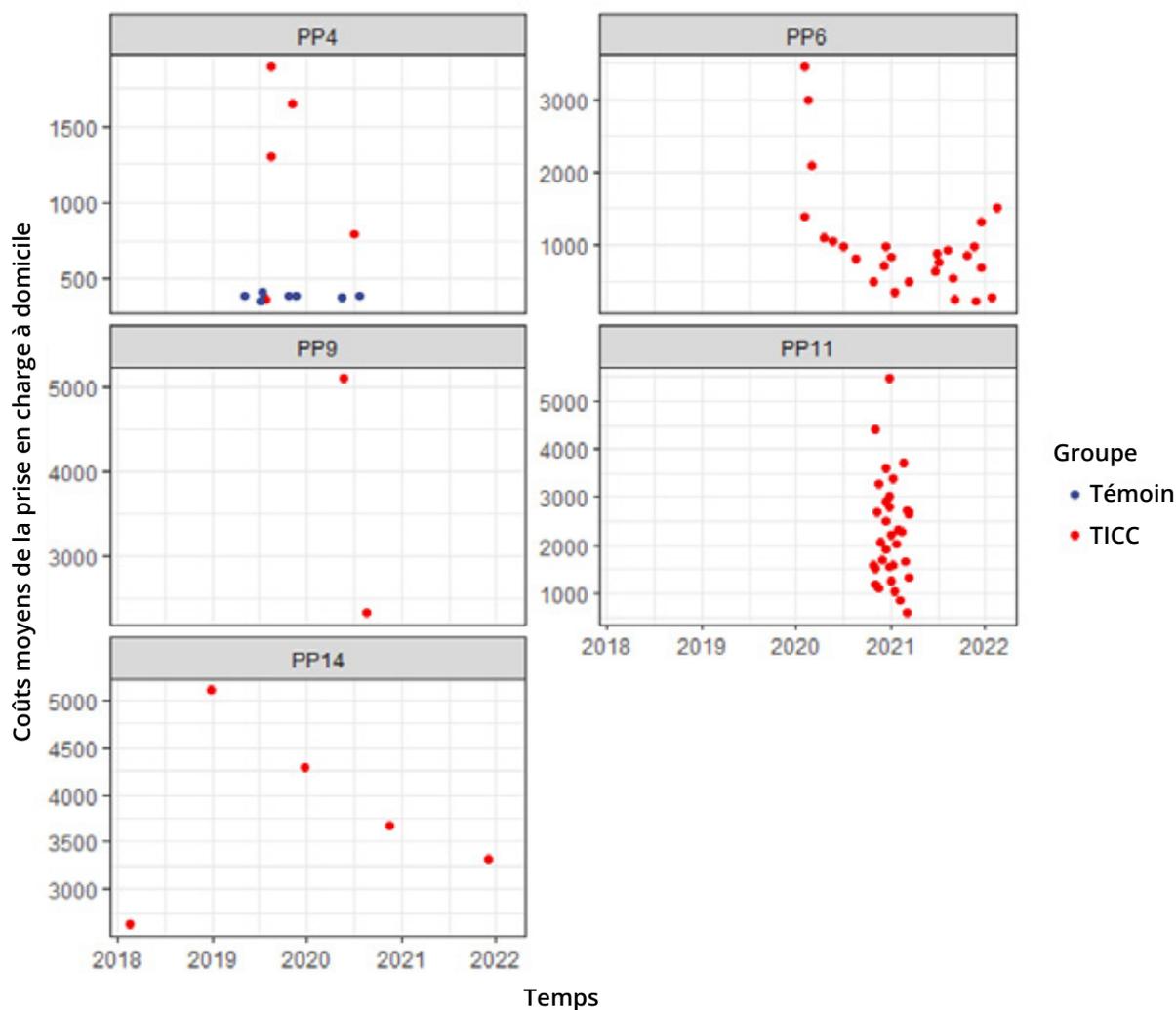


Schéma 20 Coûts moyens de la prise en charge à domicile en €.

Tableau 29 Coûts moyens de la prise en charge à domicile.

Partenaires	Équipes témoins	Équipes TICC
PP4	398.1	1,762.7
PP6		1,885.2
PP9		3,712.4
PP11		2,291.6
PP14		5,099.4
Total	355.5	2,912.5

### Nombre d'heures de prise en charge et durée de la prise en charge

Le nombre moyen d'heures de prise en charge par patient (Schéma 21 et Tableau 30) et de la durée de prise en charge (Schéma 22 et Tableau 31) sont assez variables, selon le partenaire. Ainsi, il est fort possible que l'environnement réglementaire et les spécialités de chaque partenaire ont eu un grand impact sur le temps passé avec les patients.

Pour PP4 et PP5, pour lesquels des données témoins ont été disponibles, aucune différence statistique n'a été relevée pour le nombre d'heures de prise en charge ( $p=0,32$ ), **mais la durée de prise en charge a été significativement réduite dans les équipes TICC, avec une différence moyenne de 187 jours ( $p=0,001$ ).**

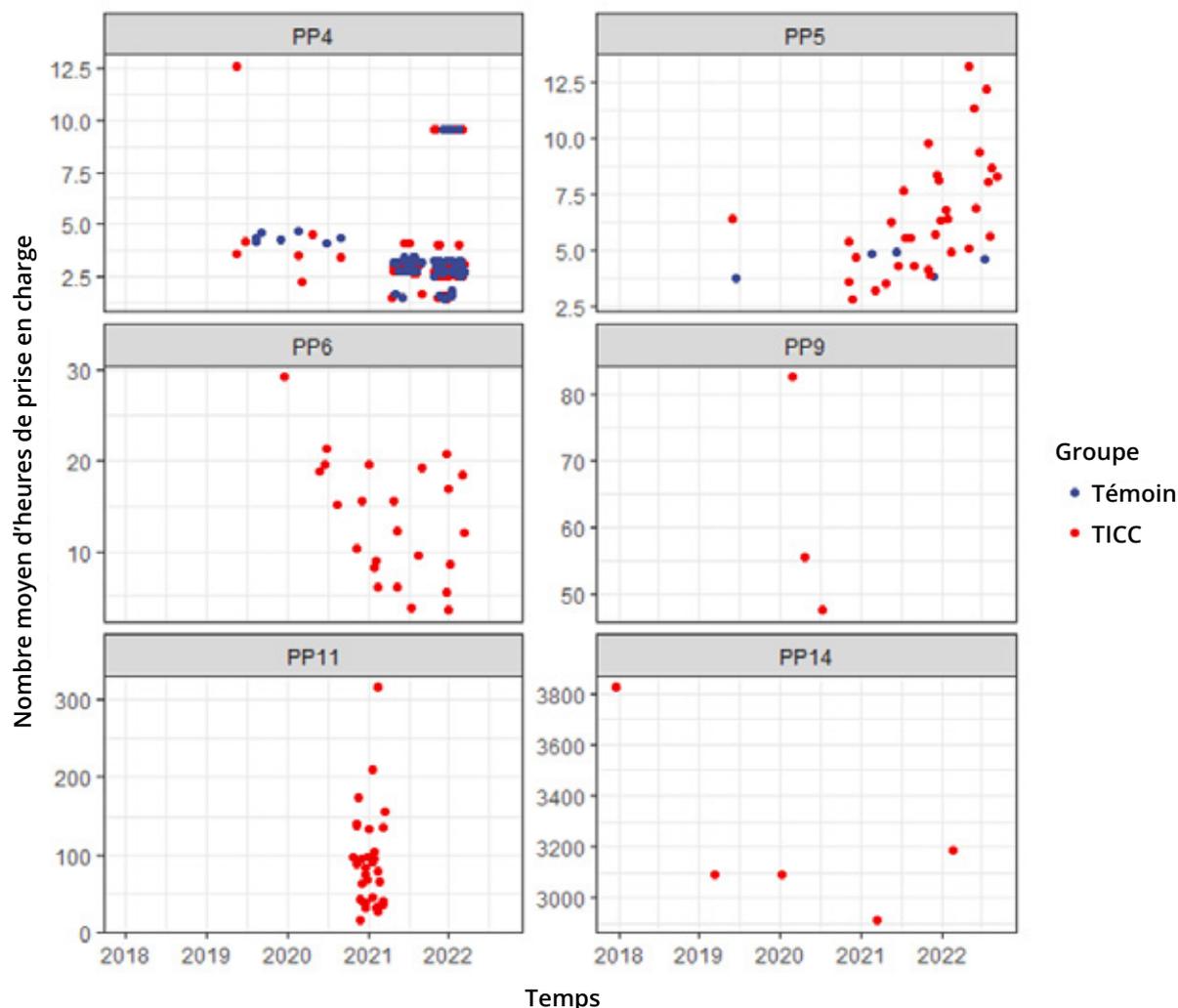


Schéma 21 Nombre d'heures de prise en charge par patient. Chaque point correspond à une équipe. L'axe X représente le temps, et l'axe Y représente le nombre moyen d'heures de prise en charge. Les groupes témoins sont représentés en bleu et les équipes TICC en rouge.

Tableau 30 Nombre moyen d'heures de prise en charge par patient.

Partenaires	Équipes témoins	Équipes TICC
PP4	3.9	4.0
PP5	4.4	6.2
PP6		16.5
PP9		67.0
PP11		88.3

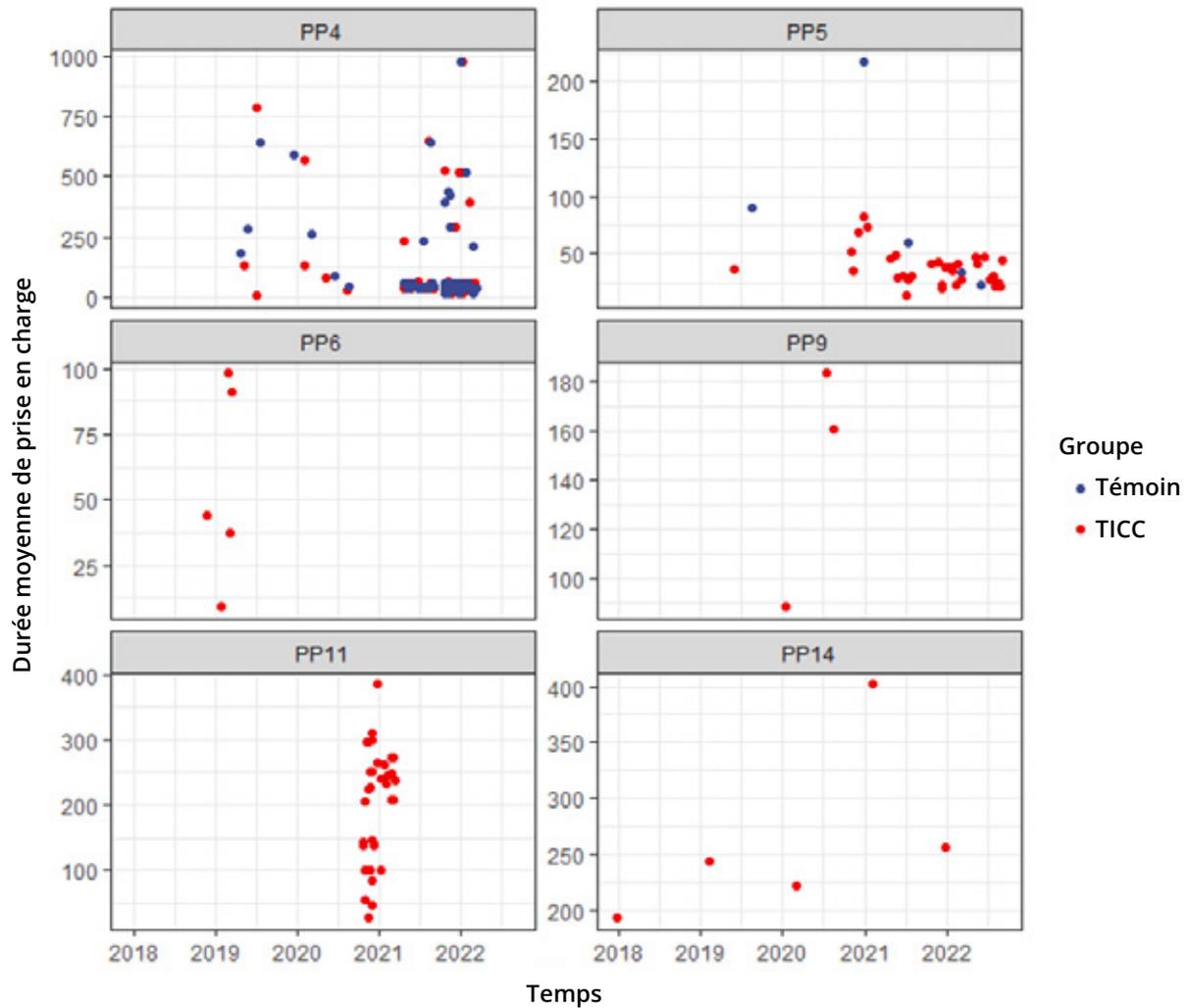


Schéma 22 Durée moyenne de prise en charge Chaque point correspond à une équipe. L'axe X représente le temps, et l'axe Y représente la durée moyenne de prise en charge. Les groupes témoins sont représentés en bleu et les équipes TICC en rouge.

Tableau 31 Durée moyenne de prise en charge dans toutes les périodes.

Partenaires	Équipes témoins	Équipes TICC
PP4	208.0	178.7
PP5	84.4	39.3
PP6		56.0
PP9		130.2
PP11		202.1
PP14		263.6

## **Résultats des groupes de discussion**

De manière générale, les réductions des coûts n'ont pas été discutées en profondeur au cours des groupes de discussion dans les différents pays. En Belgique, la législation relative à la facturation des activités mineures a rendu difficile la mise en œuvre financière du modèle. La direction a noté que certaines tâches ne génèrent pas suffisamment de revenus, en particulier lorsque la charge de travail était importante. Seul le Royaume-Uni a explicitement mentionné les réductions des coûts. Selon l'équipe du Royaume-Uni, le modèle TICC offre plus de temps disponible, donc une meilleure prestation de soins et un meilleur rapport coût-efficacité.

*« Nous avons plus de temps disponible, donc cela permet le développement et le maintien des relations, de pouvoir soutenir nos collègues et, de manière générale, permet une meilleure qualité des soins, y compris un meilleur rapport coût-efficacité. »* (RU)

# 4 Discussion

---



La discussion consiste en une interprétation des résultats décrits dans le chapitre précédent. Le sens de ces résultats est discuté pour chacun des thèmes généraux, et une comparaison des méthodes d'études est réalisée. Des résultats saisissants ont été mis en avant, et les similarités et différences entre pays ont été examinées. Nous avons d'abord examiné les expériences de mise en œuvre, puis l'autonomie et la satisfaction au travail du personnel, l'amélioration de la prise en charge des patients et les réductions de coûts. Le chapitre se termine par une conclusion qui formule une réponse à la question principale de l'étude. Le modèle TICC vise à permettre aux organisations de santé et de protection sociale de mettre en place des soins infirmiers à domicile, **d'améliorer la productivité du personnel, le processus de recrutement et la rétention des équipes, ainsi qu'améliorer la satisfaction des patients et leur autonomie, tout en réduisant les coûts, les admissions aux urgences et les absences du personnel pour raison médicale.**

## 4.1 Mise en œuvre du modèle TICC

Les analyses des lacunes ont été réalisées pour avoir un meilleur aperçu du degré de préparation à la mise en œuvre des organisations participantes. De manière générale, la préparation à la mise en œuvre a semblé augmenter entre la valeur de référence et la mesure finale. Cela implique que les PDG et les coaches d'équipe ont considéré que les aspects importants du modèle TICC ont été de plus en plus présents avec le temps. En examinant les valeurs de référence, plusieurs organisations ont eu un score très élevé sur quasiment tous les composants. Au regard du temps d'étude, en considérant que les organisations venaient seulement de commencer la mise en œuvre, ces scores élevés peuvent être remis en question. Néanmoins, il semble que, de manière générale, la mise en œuvre du modèle TICC se soit améliorée. Les contributions possibles ont été réalisées au travers de formations par des professionnels et experts de la mise en œuvre de modèles de soins à domicile de l'organisation Buurtzorg.

Un résultat surprenant a été la large différence dans l'évaluation entre les PDG et les coaches d'équipe. Dans presque toutes les organisations, le coach d'équipe a évalué le processus de mise en œuvre du modèle TICC d'une manière plus positive que le PDG. Bien que les cinq thèmes aient été différents, chaque thème a été évalué de manière plus positive par le coach d'équipe. Une explication possible est la structure utilisée dans le modèle TICC. Les équipes qui ont été évaluées sont autogérées, et les supérieurs ne sont pas activement impliqués dans l'activité de l'équipe. Ceci a peut-être donné lieu à différentes attentes ou expériences, résultant ainsi dans des scores différents dans les analyses des lacunes.

Il est notable que *politique et organisation* et *volets pédagogiques et connaissances du personnel infirmier* ont obtenu des scores plus élevés que les autres thèmes, que ce soit par les PDG ou les coaches d'équipe. Les éléments de mise en œuvre des thèmes *modélisation financière*, *méthodes* et *droit/législation* ont semblé causer les plus importants défis. Les éléments juridiques ont semblé être un sujet difficile, en particulier du point de vue du PDG. Les lois et réglementations locales n'ont pas toujours été en phase avec les nouvelles méthodes de travail du modèle TICC, rendant les obstacles plus visibles. Il a été attendu que le travail dans une structure très hiérarchisée puisse causer des difficultés de mise en œuvre du modèle TICC. Au sein du thème *modélisation financière*, les questions ont été relatives à la structure organisationnelle. Ce thème a reçu des notes basses dans quasiment toutes les organisations, il semble donc que la création d'équipes autogérées avec leurs propres responsabilités a pu constituer un défi.

## 4.2 Personnel soignant dans les équipes TICC autogérées

Parmi les dimensions étudiées, aucune différence n'a été notée entre les équipes TICC et les équipes témoins : le nombre d'heures de prise en charge semble similaire, le sentiment d'empowerment n'a pas évolué, et les aspects psychosociaux n'ont pas évolué non plus. Enfin, aucun impact sur la rétention des équipes n'est apparu, avec des taux similaires d'employés désireux de quitter l'organisation. Des différences significatives ont été identifiées pour les équipes TICC. Néanmoins, selon les analyses, pas de relations statistiquement significatives identifiées pour certaines dimensions. Plusieurs explications peuvent être mises en avant. L'absence de groupes témoins au sein de tous les partenaires et le nombre relativement faible de répondants, en particulier durant le suivi, ont pu avoir un impact sur la capacité à détecter de petites différences. L'environnement réglementaire a également pu avoir un impact, avec des contraintes imposées concernant le nombre de patients, le nombre d'heures de prise en charge pour chaque patient et les coûts de la prise en charge. Par ailleurs, la courbe d'apprentissage de certaines équipes TICC n'a pas toujours été finalisée, car certaines équipes se trouvaient encore en formation sur certains aspects du modèle TICC pendant l'étude.

Les résultats qualitatifs ont montré que la plupart des points d'amélioration ne concernaient pas le perfectionnement du modèle. Les points d'amélioration ont concerné les aspects d'autogestion, le manque de soutien administratif auprès des équipes, l'ingérence par l'organisation hôte et les facteurs externes, par exemple l'augmentation de la charge de travail administratif. L'augmentation de la charge de travail administratif pourrait potentiellement être réduite avec un système administratif approprié. Néanmoins, tout au long du projet, les données collectées sur l'utilisation et la mise en œuvre du système standard OMAHA ont été insuffisantes.

Concernant l'autonomie et la productivité, les résultats quantitatifs ont semblé contraster avec les résultats qualitatifs. Tandis que les groupes de discussion ont montré un véritable biais envers les expériences positives liées à la prise de décision autonome et à l'*empowerment*, les analyses qualitatives d'*empowerment* n'ont montré aucune différence statistiquement significative entre les équipes TICC et les équipes standards de soins infirmiers à domicile.

Concernant la rétention et le recrutement, l'amélioration des relations et la meilleure communication au sein des équipes TICC ont été les principales raisons pour lesquelles le personnel désirait rester au sein de l'équipe. Les résultats qualitatifs ont semblé contredire les résultats quantitatifs relatifs aux aspects psychosociaux. Les membres des équipes TICC avec une expérience précédente dans les soins à domicile ont semblé évaluer les relations et la communication de manière plus positive au sein du modèle TICC. Néanmoins, les données quantitatives n'ont montré aucune différence dans l'expérience psychosociale entre le modèle TICC et le modèle standard. Les raisons pour lesquelles le personnel ait pu désirer quitter l'équipe ont été attribuées au fait de ne pas vouloir travailler au sein d'une structure sans liens hiérarchiques ou pour des raisons en dehors du champ du modèle TICC, en raison par exemple des ingérences par l'organisation hôte, des facteurs externes ou des problèmes généraux dans le secteur infirmier. Les résultats qualitatifs ont contrasté avec les résultats quantitatifs concernant l'intention de quitter l'organisation, car aucune différence entre les équipes TICC et les équipes standards de soins à domicile n'a été observée. Les explications pourraient être que les groupes de discussions ont été constitué d'individus non-représentatifs, ou que l'intention de quitter l'organisation dépendait plus de facteurs généraux que de l'approche du métier, car les changements opérationnels au sein des organisations hôtes ont pu avoir une influence significative sur l'intention de quitter l'organisation des employés.

Enfin, concernant les arrêts maladie, l'étude quantitative a indiqué que le nombre d'arrêts maladie a été réduit de 1,4 jours au sein des équipes TICC. Ces résultats s'alignent avec les résultats des séries 1 et 2 des groupes de discussion, lors desquels la Belgique et le Royaume-Uni ont indiqué que les membres du personnel avaient besoin de moins de jours d'arrêts maladie. Néanmoins, lors de la troisième série des groupes de discussion, la France et le Royaume-Uni ont indiqué qu'ils ont dû faire face à des manques de personnel, au même titre que les équipes standards de soins à domicile. Ici aussi, ces manques de personnel peuvent être potentiellement expliqués par les problèmes au sein du secteur infirmier plutôt que par le résultat de la mise en œuvre du modèle.

## 4.3 Meilleure qualité des soins

Grâce aux résultats quantitatifs et qualitatifs, les différences statistiques entre les patients pris en charge par les équipes TICC et ceux pris en charge par les équipes standards ont pu être examinées. Bien qu'aucune différence statistiquement significative n'ait été trouvée entre les patients pris en charge par les équipes TICC et ceux pris en charge par les équipes standards, l'utilisation du *Net Promoter Score* (NPS) a permis de constater de meilleurs résultats parmi les équipes TICC. Ce résultat s'aligne avec un des éléments forts du modèle TICC : la construction d'une meilleure relation avec le patient, le développement des points forts du patient et l'éducation pour permettre au patient de se prendre en charge lui-même. Ces résultats correspondent aux résultats de l'étude Bradford, Sarnak & Burgers, 2015 (27). En outre, selon nos résultats, les aspects éducatifs de l'expérience des patients au sein du modèle TICC peuvent être une clé vers l'indépendance des patients dans le domaine de la santé.

Par ailleurs, la satisfaction des patients a également semblé être supérieure lorsque la prise en charge a été réalisée par une équipe TICC. Néanmoins, l'impact sur la participation sociale des patients et leur autonomie n'a pas pu être explicitement constaté car ces éléments sont déterminés par des paramètres variés, tels que les difficultés financières ou l'importance du handicap. Apparemment, l'impact de l'amélioration de la prise en charge semble complexe. En outre, l'impact sur le fardeau des aidants informels a été difficile à identifier dans les réponses fournies par les aidants.

Bien qu'aucun effet significatif n'ait été trouvé entre les pays pour la mise en œuvre du modèle TICC, un impact positif significatif a été observé sur la qualité de vie pour les équipes TICC. L'impact sur le score de santé mentale est statistiquement significatif et quasiment significatif pour le score de santé physique. Par ailleurs, il y a un impact sur l'évolution des scores, avec des scores qui augmentent ou demeurent stables pour les équipes TICC, alors que les scores diminuent dans les équipes témoins.

Pour les partenaires avec des données témoins (PP4 et PP5), la durée de prise en charge semble plus courte dans les équipes TICC, la différence moyenne étant de 187 jours ( $p=0,001$ ). Néanmoins, aucune différence significative n'a été trouvée entre les deux groupes pour le score ZBI.

## 4.4 Réduction des coûts

L'attente et l'hypothèse au moment de la mise en œuvre du modèle TICC était un meilleur rapport coût-efficacité, grâce aux équipes autogérées et la réduction des coûts du service d'appui. L'étude TICC a montré qu'il y a eu des différences entre les équipes TICC et les équipes témoins. Pour PP4 et PP5, la durée de prise en charge a semblé plus courte pour les équipes TICC, avec une réduction moyenne de 187 jours, et le nombre de jours d'arrêts maladie a également été réduit de 1,4 jours en moyenne. Néanmoins, les coûts de prise en

charge ont semblé augmenter dans cette étude. Pour PP4, le seul partenaire avec suffisamment de données à ce stade, les coûts ont augmenté en moyenne de £724.

L'augmentation des coûts pourrait être expliquée par le fait que le modèle n'est pas encore mature, et qu'il a encore besoin d'ajustements pour être pleinement flexible et en conformité avec la réglementation. Par ailleurs, l'enregistrement des coûts de prise en charge est différent par PP, ils sont considérés de manière différente et cela a pu influencer les résultats de cette étude.

Il est frappant de constater que la durée de prise en charge a été réduite de 187 jours au sein des équipes TICC (résultats pour PP4 et PP5). Une réduction de la durée de prise en charge pourrait être bénéfique, car elle pourrait indiquer que les patients quittent la prise en charge plus tôt grâce à l'amélioration de leur autonomie par le biais du modèle TICC. Ce résultat correspond parfaitement aux résultats d'autres recherches sur les bénéfices du modèle Buurtzorg, dans lequel le patient est central et où l'investissement est nécessairement important en début de prise en charge (4, 17, 19, 22, 27, 30). L'importance accordée à l'individu, qui est au centre de la prise en charge, contribue au développement de l'autonomie et réduit la dépendance aux soins (8).

## 4.5 Forces et limites

Selon ce rapport, il apparaît que le degré de mise en œuvre du modèle TICC a positivement évolué dans le temps. Une des forces a été que, pour évaluer l'impact du modèle TICC, l'étude a été menée dans six sites pilotes et sur plusieurs années. Par ailleurs, des évaluations ont été possibles grâce à l'utilisation d'outils quantitatifs et qualitatifs, et plusieurs sources de données ont été exploitées concernant les patients, les aidants informels et le personnel. Sur la base des discussions avec les partenaires, le protocole d'évaluation a évolué et s'est adapté à leurs besoins. Néanmoins, ces résultats sont tirés d'un faible nombre de répondants, rendant les conclusions difficiles.

Une autre limite de l'étude a été liée au fait que certains outils de mesure consistaient en des questionnaires qui ont pu ne pas être remplis en raison de contraintes de temps. Par ailleurs, il n'a pas toujours été possible de mettre en place un groupe témoin pour permettre une évaluation plus rigoureuse, et certains patients ont été perdus de vue au cours de la période de suivi. Une part des résultats est basée sur des données existantes en provenance des systèmes informatiques des organisations hôtes. De grandes différences administratives ont pu être observées entre les partenaires participants, rendant une analyse du rapport coût-efficacité très complexe et imprécise. De nombreuses données ont été incomplètes ou en provenance d'équipes incluant des métiers différents, tels qu'infirmière, travailleur social ou aide-soignant. L'étude a été menée dans un contexte international dans lequel les différences culturelles ont influencé le résultat. Les lois et réglementations locales peuvent dévier considérablement, de même que les cultures propres à chaque organisation et les méthodes de travail. Une attention particulière doit être apportée à la mise en œuvre des thèmes de la modélisation financière, les méthodes et le droit/législation. L'étude a également été menée en partie pendant la pandémie du COVID-19. Le contexte de cette crise mondiale a eu un impact et a ralenti les activités du projet. Pendant la pandémie dans la région des 2 Mers, plusieurs organisations partenaires ont été témoins des défis auxquels leurs systèmes de santé faisaient alors face, et afin d'assurer la sécurité de tous, certaines des activités TICC ont dû être suspendues. Cela est particulièrement vrai concernant le recrutement des patients, qui a été interrompu par certaines équipes, et le ralentissement de la collecte des données. Néanmoins, les partenaires TICC se sont engagés pour mener le projet à bien et surmonter les problèmes liés à la période de crise. En raison de la pandémie, il a été décidé collectivement - en lien avec le Comité Interreg - d'étendre la durée de l'étude.

## 4.6 Recherche et développements futurs

Le projet TICC a permis de mettre en lumière les méthodes d'évaluation des processus de mise en œuvre dans le domaine des soins à domicile. Il est crucial d'harmoniser les protocoles de recherche avec les situations pratiques des équipes, des patients et des aidants informels. Cela permet d'avoir un meilleur impact sur le fardeau, sur la pertinence pratique et la faisabilité. Le choix de questionnaires validés est et demeure très important dans le cadre de la recherche. En raison du temps limité pour la collecte de données, il est recommandé de choisir des questionnaires validés courts qui ont déjà été utilisés auparavant dans le domaine de la santé. Il est important de se concentrer sur quelques résultats mesurables et de les différencier pour améliorer la faisabilité. Afin d'éviter les données manquantes, des procédures doivent être mises en place pour maximiser les chances d'obtenir les données au moment où les données de tous les participants sont évaluées. De même, le fardeau pesant sur les participants doit être minimisé en réduisant le nombre de visites et d'évaluations, en réduisant le nombre de variables collectées, en préparant des formulaires faciles d'emploi et en élargissant la fenêtre durant laquelle les visites peuvent être réalisées. Si possible, il est préférable d'éviter les tests difficiles et chronophages.

La mesure du rapport coût-efficacité mérite une étude de suivi lors de la mise en œuvre de modèles de soins infirmiers à domicile. Cette étude montre que la durée de prise en charge diminue, mais les coûts apparaissent plus élevés. Une étude de suivi devra se concentrer sur les causes de l'augmentation des coûts, en prenant en considération l'organisation structurelle des organisations participantes. La rechute des patients après leur sortie de soins devra également être prise en considération, de manière à ce que le coût d'investissement soit réparti sur une période plus longue.

La manière dont le modèle TICC est mis en œuvre est important dans le succès du modèle pour les patients et pour le personnel soignant. Une feuille de route a été développée pour soutenir la mise en œuvre du modèle TICC. Elle liste les obstacles et défis qui sont apparus au cours de la mise en œuvre du modèle TICC et propose des solutions potentielles. Cette feuille de route peut ainsi être utile dans la transformation vers un modèle infirmier de prise en charge.

## 4.7 Conclusion

Le modèle TICC vise à permettre aux organisations de santé et de protection sociale de mettre en œuvre des soins infirmiers à domicile. Cette étude apporte des nouveaux éléments pour comprendre la manière dont certains principes Buurtzorg peuvent être adaptés aux soins à domicile au Royaume-Uni, en France et en Belgique.

Les conclusions tirées du projet TICC montrent que le modèle peut apporter des bénéfices aux personnels de soin ainsi qu'aux patients. Pour le personnel de soin, il semblerait que TICC contribue à une **diminution du nombre de jours d'arrêt de travail** et à une **meilleure satisfaction professionnelle**, mais avec un coût plus élevé. Néanmoins, aucune amélioration n'a été constatée sur l'empowerment, l'exposition aux facteurs de risques psychosociaux ou sur la rétention du personnel.

Pour les patients, les bénéfices de TICC sont **la réduction de la durée des soins, une amélioration de la qualité de vie liée à la santé et la satisfaction des patients**. Aucun effet n'a été constaté sur l'autonomie ou la participation sociale des patients. Le fardeau des aidants informels ne semble pas avoir été soulagé.

Nos résultats s'alignent avec ceux d'études précédentes qui ont démontré que des facteurs tels que **les relations, la communication entre les équipes et la culture organisationnelle** sont très importantes lors de la mise en œuvre de programmes de santé.

Cette étude offre des connaissances utiles qui pourront être utilisées dans d'**autres évaluations** de mise en œuvre du modèle TICC dans d'autres domaines. Certains principes du modèle Buurtzorg peuvent être adaptés au domaine d'Interreg dans le cadre des soins à domicile menés par le personnel infirmier. Par exemple, la **promotion d'une plus grande indépendance** parmi les patients, l'**amélioration de l'accès** et de la **continuité des soins**, plus de **flexibilité dans le travail** des infirmières, la formation de **partenariats interprofessionnels efficaces** et l'**empowerment du personnel de première ligne**. En conclusion, les résultats de cette étude démontrent qu'une approche centrée sur la personne contribue à améliorer la fourniture de soins individualisés et coordonnés.

## Remerciements

Nous voulons remercier tous les partenaires impliqués dans le projet, ainsi que les contributeurs et financeurs du projet, pour l'opportunité de présenter ce rapport. Nous tenons à adresser des remerciements particuliers aux patients, soignants et aidants informels qui ont contribué à ce projet. Merci également aux partenaires du projet TICC pour leurs critiques constructives, leurs commentaires et pour leur contribution à la rédaction des documents finaux. Enfin, nous voulons remercier le programme Interreg 2 Mers pour avoir rendu cette étude possible et pour son adaptabilité durant la pandémie de COVID-19 durant laquelle le projet a eu lieu.

# References

1. Budhdeo S, Watkins J, Atun R, Williams C, Zeltner T, Maruthappu M. Changes in government spending on healthcare and population mortality in the European union, 1995–2010 : a cross-sectional ecological study. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2015;108(12):490-8.
2. Beard JR, Bloom DE. Towards a comprehensive public health response to population ageing. *Lancet*. 2015;385(9968):658-61.
3. van Lier LI. *The interplay between costs, quality, and organisation of home care in Europe*. 2021.
4. Kreitzer MJ, Monsen KA, Nandram S, de Blok J. Buurtzorg nederland : a global model of social innovation, change, and whole-systems healing. *Glob Adv Health Med*. 2015;4(1):40-4.
5. Weir CR, Staggers N, Gibson B, Doing-Harris K, Barrus R, Dunlea R. A qualitative evaluation of the crucial attributes of contextual information necessary in EHR design to support patient-centered medical home care. *BMC medical informatics and decision making*. 2015;15(1):1-8.
6. Drennan VM, Calestani M, Ross F, Saunders M, West P. Tackling the workforce crisis in district nursing : can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study. *BMJ open*. 2018;8(6):e021931.
7. Monsen K, Deblok J. Buurtzorg Nederland. *AJN The American Journal of Nursing*. 2013;113(8):55-9.
8. Olesen A. *Buurtzorg : Humanity Above Bureaucracy*. Beyond Budgeting Institute. 2016.
9. Schmüdderich K, Kiwitt J, Palm R, Roes M, Holle B. Core elements and potential of nurse-led care models in residential long-term care : A scoping review. *Journal of clinical nursing*. 2022.
10. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies : towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*. 2005;8(1):19-32.
11. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies : advancing the methodology. *Implementation science*. 2010;5(1):1-9.
12. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. World Health Organization 2021.
13. Redmond RA, Curtis EA. Focus groups : principles and process. *Nurse researcher*. 2009;16(3).
14. DiClemente CC, Prochaska JO. *Toward a comprehensive, transtheoretical model of change : Stages of change and addictive behaviors*. 1998.
15. Koh HK, Brach C, Harris LM, Parchman ML. A proposed 'health literate care model' would constitute a systems approach to improving patients' engagement in care. *Health affairs*. 2013;32(2):357-67.
16. Kögel LM. *Conditions for the successful transfer of community care by Policy Entrepreneurs-The case of Buurtzorg in the Netherlands and China* : University of Twente; 2017.
17. Sheldon T. Buurtzorg : the district nurses who want to be superfluous. *Bmj*. 2017;358.
18. Monsen KA, de Blok J. Buurtzorg : nurse-led community care. *Creative nursing*. 2013;19(3):122-7.
19. Christis J, Achterbergh J, van Laar H. Multidimensionaal organiseren : is dat slim? *M & O*. 2018;2018(1):4-29.
20. De Veer A, Brandt H, Schellevis F, Francke A. *Buurtzorg : nieuw maar toch vertrouwd. Een onderzoek naar de ervaringen van cliënten, mantelzorgers, medewerkers en huisartsen*. 2008.
21. Dekkers V. *Disruptive Innovations in the Dutch Healthcare Sector* 2013.
22. Wilkes L, Cioffi J, Warne B, Harrison K, Vonu-Boriceanu O. Clients with chronic and complex conditions : Their experiences of community nursing services. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(7b):160-8.
23. Buurman BM, Parlevliet JL, van Deelen BA, de Haan RJ, de Rooij SE. A randomised clinical trial on a comprehensive geriatric assessment and intensive home follow-up after hospital discharge : the Transitional Care Bridge. *BMC health services research*. 2010;10:1-9.
24. Frijters DW. *Co-production between family caregivers and home care professionals : The case of Buurtzorg in the Netherlands and China* : University of Twente; 2017.

25. White C. The defining characteristics of the Buurtzorg Nederland model of home care from the perspective of Buurtzorg Nurses. *Inquiry Journal*. 2016.
26. Zurmehly J, editor A qualitative case study review of role transition in community nursing. *Nursing Forum*; 2007 : Wiley Online Library.
27. Gray BH, Sarnak DO, Burgers JS. *Home care by self-governing nursing teams : The Netherlands' Buurtzorg Model* : Commonwealth Fund NewYork; 2015.
28. De Veer A, Boer Dd, Spreeuwenberg P, Brandt H, Schellevis F, Francke A. Ervaringen van Buurtzorgcliënten in landelijk perspectief. Addendum bij het rapport' *Buurtzorg : nieuw en toch vertrouwd*'. 2009.
29. Union E. *Tools and methodologies to assess integrated care in Europe*. Publications Office of the European Union Luxembourg; 2017.
30. Policy R. International Department. *The Buurtzorg Nederland (home care provider) model Observations for the United Kingdom (UK)* Londres : Royal College of Nursing. 2016.