



HéviVA

Des liens. Des lieux. La vie!

Colloque
PROMOUVOIR
L'INNOVATION DANS LES
SOINS À DOMICILE

Lausanne (EESP), le 27 mars 2019

TABLE DES MATIERES

Introduction	3
Quelle innovation pour les soins à domicile	4
Les enjeux de santé publique.....	4
Perspectives pour les soins à domicile	4
Rester chez soi aussi longtemps que possible : les attentes des usagères et usagers des services de soins à domicile.....	8
Prise en charge ou accompagnement ? Satisfaire les aspirations collectives en matière de soutien aux personnes en situation de fragilité	10
De la méthode en cascade à la méthode agile	10
De la politique de l'accompagnement	11
Comment devenir agile sur le terrain ?	12
Le modèle de Buurtzorg et ses applications en Suisse alémanique	13
Les coaches.....	14
Quelques autres faits sur Buurtzorg:.....	14
Quelques ingrédients pour intégrer Buurtzorg	14
L'autogouvernance au niveau de l'équipe	15
Expériences de changement en Suisse	15
« Buurtzorg » en Romandie : présentation de quelques expériences exemplaires	17
Les défis particuliers de la Suisse romande	18
Unique Care, soins à domicile	19
Les soins volants	19
Le projet Curarete, vecteur d'innovation dans les soins à domicile	21

Prologue

Ce document synthétise les présentations tenues dans le cadre d'une journée de réflexion organisée par la Haute école de travail social et de la santé (EESP) à Lausanne. Cette synthèse est le fruit des notes personnelles de son auteur, que l'EESP avait invité comme modérateur de la journée. Le contenu n'engage en aucun cas les personnes et institutions citées.

Les présentations originales de la journée peuvent être téléchargées sur le site de l'EESP (<https://www.eesp.ch/promouvoir-linnovation-dans-les-soins-a-domicile>).

Impressum

Editeur : HéviVA, Renens

Auteur : Camille-Angelo Aglione (camille-angelo.aglione@heviva.ch)

Relecture : Manon RoCHAT

Edition : Avril 2019 (1^{ère} édition)

Distribution : Document public

INTRODUCTION

Extrait de la description de l'événement, publiée sur le site de l'EESP.

« Le monde des soins à domicile fait l'objet de réformes constantes. Il y a vingt ans encore, il était souvent géré sur un mode familial, offrant au personnel soignant une alternative au mode de gestion en vigueur dans le monde hospitalier. Depuis lors, ses structures ont été normalisées et ses processus optimisés par une intensification de la division du travail, une standardisation des prestations et un renforcement du contrôle administratif sur l'activité professionnelle.

La démarche est sans doute légitime, puisqu'elle vise à contenir les coûts en reprenant un modèle qui a fait ses preuves dans l'industrie. Pourtant, il est difficile de juger de son succès. La structure des coûts est trop peu transparente et la statistique trop peu fiable pour cela. En revanche, ses désavantages apparaissent clairement. Les usagers et usagères se plaignent du changement fréquent de personnel, les soignant-e-s souffrent d'une pratique dans laquelle ils et elles ne retrouvent pas leur profession. Le modèle n'est pas en mesure de satisfaire les prémisses d'un accompagnement moderne basé sur des soins personnalisés et continus dans lesquels patientes et patients sont acteurs du changement de leur situation.

Si l'évolution des soins à domicile a été rapide, elle n'est pas encore à son terme. Mais, l'innovation semble bloquée tant il est difficile de proposer et d'expérimenter dans ce secteur de nouveaux modèles de travail qui répondent à ces difficultés. Pourtant, la recherche en travail social et en soins infirmiers montre que ceux-ci existent. Cette journée d'étude est centrée sur la présentation d'un modèle alternatif de soins à domicile qui repose sur une conception agile de l'aide fournie par de petites équipes largement autonomes de soignant-e-s. La mise sur pied de projets pilotes sera envisagée. »

QUELLE INNOVATION POUR LES SOINS À DOMICILE

Stéphanie Monod, Directrice de la Direction générale de la Santé, Etat de Vaud

Merci à l'EESP de poser cette question de l'innovation car, comme vous allez le voir, c'est une question importante. Pour commencer toutefois, voici quelques explications concernant la décision du Canton de créer récemment une Direction de la santé communautaire.

Ces dernières années, le Service de santé publique était considéré comme un service de support aux institutions. Nous nous sommes alors dit qu'il était nécessaire de se réorganiser afin d'offrir une meilleure lisibilité dans l'organisation et cela nous a amené à créer la Direction de la santé communautaire. Au fond, c'est dans la communauté que les enjeux vont se jouer, au-delà de la santé publique. La Direction de la santé communautaire va couvrir tous les aspects dans la santé communautaire, y compris la médecine de famille, qui n'est aujourd'hui pas subventionnée mais qui est à notre sens un secteur majeur et qui mérite d'être organisé.

Les enjeux de santé publique

En ce qui concerne les enjeux de santé publique, il y a le **vieillissement de la population ET des professionnels de la santé** tout comme l'augmentation des maladies chroniques, mais dans un contexte qui évolue notamment avec la numérisation et les technologies de l'information dans le domaine de la santé.

La **numérisation** est déjà un processus en cours. A ce propos, il s'agira aussi de ne pas créer de l'inefficience en numérisant et conserver une perspective centrée sur le patient.

Nous voyons aussi les évolutions en ce qui concerne les **médecins**. A ce sujet, je pense qu'une bonne partie des médecins spécialistes qui sont formés sont finalement des techniciens. Il s'agit donc de (re)trouver des équilibres dans l'accompagnement et le dialogue avec l'humain, le patient.

Idem pour les opportunités et les dangers de l'explosion technologique : nous sommes allés tellement loin que nous avons désormais, par exemple dans l'oncologie, une **médecine personnalisée**. Dès lors les études en double-aveugle avec des groupes contrôles sont un peu du passé.

Enfin, l'ensemble de ces transformations s'effectuent autour d'un **patient dont les attentes aussi évoluent**.

Tout cela a pour but de recontextualiser ce que l'on peut mesurer (vieillissement démographique et augmentation des maladies chroniques) qui s'inscrit donc dans quelque chose de bien plus large.

Perspectives pour les soins à domicile

Nombreux le savent : vieillir c'est risquer plus fortement de recourir à des prestations de santé. Si vous aimez les chiffres, je vous invite à lire le [Prospectif](#) sur le sujet. Nous y voyons que, pour l'aide et les soins à domicile, nous avons un nombre de bénéficiaires qui va doubler dans les scénarios démographiques les plus favorables. En ce qui concerne les EMS, avec un nombre de lits de 6'000 en 2015, nous devrions construire entre 3'500 et 4'600 lits d'ici 2040. En bref, il faudrait plus que doubler la capacité. Cela se retrouve également au niveau des hôpitaux. Alors si d'aventure une personne, de préférence au Grand Conseil, dans cette salle trouve réaliste de financer cette augmentation et de trouver les professionnels en suffisance, qu'il se lève... il nous sera utile !

Sinon, cela nous donne l'opportunité et la motivation chaque matin de venir au travail avec l'envie de réinventer. Parce que si l'on continue de pratiquer la médecine ou les soins comme on le fait aujourd'hui, les chiffres nous démontrent rapidement que cela ne va pas être possible.

Si nous nous penchons plus précisément sur les soins à domicile : l'augmentation des maladies chroniques entraîne une explosion des prises en charge à domicile les plus complexes. Par ailleurs, la volonté de maintien à domicile (en opposition à l'institutionnalisation) augmente encore le nombre de cas complexes à domicile ET l'augmentation du nombre d'hospitalisations. En effet, lorsque cela se passe mal le seul recours reste l'hôpital. A ce contexte s'ajoutent donc des questions comme la prévention du déclin fonctionnel, le déclin cognitif, la fin de vie à domicile, les proches aidants, etc.

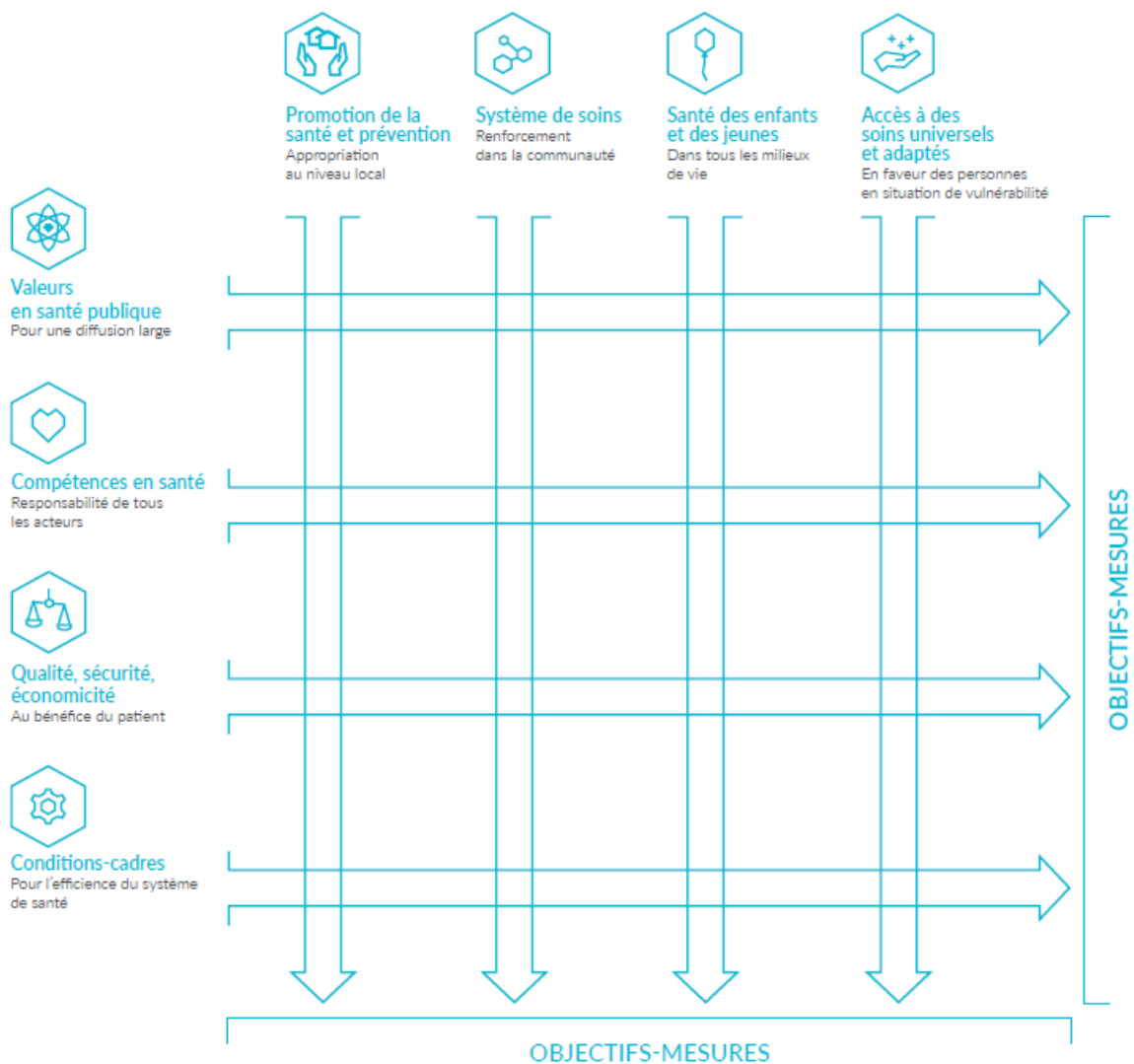
L'environnement de prestations médico-sociales devient également de plus en plus vaste et plus complexe. Moi-même, je ne suis pas sûre de pouvoir en faire l'inventaire. La seule chose dont je suis sûre c'est que du vendredi soir au lundi matin il y a beaucoup moins de monde disponible pour donner des soins. Nous ambitionnons donc de simplifier la complexité. Plus il y a de groupes d'acteurs et plus il faut des coordinateurs.

Globalement nous sommes dans un secteur qui se pose beaucoup de questions. Les soins à domicile sont très questionnés sur leur rôle. Nous constatons une discrédance majeure entre l'intuition qui serait dans l'activité et le formatage de cette activité dans un système. Nous arrivons à des champs de tension massifs. L'industrialisation de la santé, en pensant faire des économies, a mené à perdre la valeur de la santé. Cette lecture par prestation empêche la lecture globale.

Nous vous encourageons à lire le [rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud](#). Voici un tableau qui résume les enjeux sur lesquels nous allons travailler :

- passer à des organisations qui favorisent la santé et le bien-être.
- se préoccuper de la population et non uniquement du patient.
- passer de *guérir et soigner* à *prévenir-guérir et soutenir*.
- adapter une réponse centrée sur les besoins (et non la demande).
- passer d'une logique d'établissement aux réseaux.
- passer à la multidisciplinarité. Prenez par exemple les « soins palliatifs ». Finalement le patient, lui, s'en fiche bien de savoir si la réponse à ses besoins sont des soins catégorisés comme « soins palliatifs » ou non.

Huit champs d'action



Si l'on regarde la matrice du rapport stratégique, il y a des éléments de base, notamment les conditions cadres. Nous devons travailler à des éléments de dérégulation, dans le cadre réglementaire mais aussi dans le cadre financier. Nous devons aussi nous demander, comment se fait-il que la santé, qui est un bien personnel, soit ainsi capitalisée par des professionnels. Vous connaissez cette situation : vous vous sentez en bonne santé et vous allez voir le médecin. Ce dernier vous fait une prise de sang et vous annonce une maladie. Vous voilà à nouveau dehors et désormais malade. Le pire, c'est que vous vous sentez désormais malade ! Voilà pourquoi il y a un besoin urgent de travailler sur la promotion de la santé et cela commence avec les écoliers. Nous souhaitons combiner cette promotion avec des aspects locaux. Quant aux systèmes de soins, nous souhaitons réaliser la bascule sur la communauté et également travailler sur la question de l'accès aux soins.

En bref : nous devons désinstitutionnaliser. Aujourd'hui 80% du budget de la santé publique va à l'hôpital. Nous devons donc basculer vers un modèle de financement de la communauté.

J'aimerais conclure avec une évocation de l'étude de Kings Fond ([New models of home care](#)). Les éléments-clés : flexibilisation ; simplification ; coordination ; soutien à l'auto-détermination et enfin tout ce qui a trait aux compétences.

Nous imaginons toujours le futur en fonction de ce que l'on sait. Nous pensons aujourd'hui « rond-carré-carré-rond » et nous nous représentons le futur de la même manière. Nous reproduisons. Innover c'est prendre le pari de faire mourir des systèmes, mais c'est aussi se donner l'opportunité d'en créer d'autres.

RESTER CHEZ SOI AUSSI LONGTEMPS QUE POSSIBLE : LES ATTENTES DES USAGÈRES ET USAGERS DES SERVICES DE SOINS À DOMICILE

Lukas Bäumle, président du Groupe de travail « Santé » du Conseil Suisse des Aînés (CSA)

Lorsque l'on pense à l'aide et aux soins à domicile publics (SPITEX), il faut se représenter un monde complexe. Il y a le patient bien sûr, mais aussi la question de la collaboration interprofessionnelle, les réflexions et pressions sur les coûts, mais les soins à domicile sont aussi des employeurs et doivent donc composer avec les questions de personnel, de formation et de recrutement. L'ensemble de ces réflexions doivent être portées avec les communes et les cantons, qui sont les propriétaires de ces organisations, mais aussi avec les différents Offices fédéraux qui déterminent les règles, notamment pour le financement via la LAMal. Au-delà ou autour des soins et de l'aide à domicile, il y a une multitude d'aspects qui gravitent.

Le Conseil suisse des aînés (CSA) a développé une vision du futur de l'aide et des soins à domicile. C'est une organisation centralisée de prestations et de compétences qui coordonne et soutient les organismes décentralisés, sur le terrain, dans l'accomplissement de leurs tâches. Cela passerait notamment par un numéro de téléphone unique, auquel je pourrais m'adresser avec la certitude qu'ensuite ma demande serait traitée par la bonne personne au bon endroit. Mais cet organisme centralisé serait également le répondant pour l'ensemble des partenaires, des autorités publiques aux professionnels eux-mêmes, notamment les hôpitaux et les EMS.

Aujourd'hui malheureusement, vous l'avez peut-être déjà vécu : si j'ai besoin de soins, je vais demander à ma fille ou mon fils et, si cette dernière ou ce dernier n'est pas de la branche, cela va s'avérer extrêmement complexe.

Quant au financement, l'assurance de base fournit un certain nombre de prestations, dont les soins et l'évaluation mais pas le ménage. De plus, il faut ajouter que les tarifs sont les mêmes depuis dix ans. Nous serions tentés de dire qu'il est toujours aussi bas. Il n'y a en Suisse aucun canton où les soins à domicile n'ont pas de difficultés avec le financement de leurs prestations. Si le financement LAMal n'est pas suffisant, cela entraîne une dépendance vis-à-vis des subventions publiques et donc, *de facto*, si vous n'avez pas de mandat public vous ne pouvez tout simplement pas survivre. Voilà pourquoi de nombreux projets pourtant intéressants ne se réalisent pas, à l'instar de Curarete.

À propos de financement : quelles sont les prestations qu'une organisation de soins à domicile doit financer ? Il y a le système de qualité ; la formation du personnel ; le développement des prestations ; la facturation ; la logistique matérielle ; les relations publiques ; le management ; les conseils juridiques ; etc. Ce sont, mesdames, messieurs, les travaux d'une organisation de soins à domicile et croyez-moi, ce sont des tâches conséquentes. Reliez maintenant cela à ce que nous avons précédemment entendu de la part de Madame Monod : « seuls 20% des finances de santé publique sont investies ailleurs que dans les hôpitaux » et tirez les conclusions qui s'imposent.

Concernant la collaboration inter-institutionnelle, il est clair que les organisations doivent travailler avec les autres acteurs de la branche, de Pro Senectute aux EMS. Au CSA, nous sommes cependant d'avis qu'il subsiste en Suisse un sacré esprit de clocher. Chacun pense dans son coin, sans se soucier de la vision globale. Je pense par exemple à un exemple dans le canton de Soleure : les soins à domicile pour les personnes souffrant de troubles et maladies cognitives (Demenz und Betreuungspflege) devaient être octroyés mais entre SPITEX et l'association Alzheimer, chacun revendiquait l'exclusivité. Au final, faute d'accord, rien n'a donc été réalisé. Des exemples

malheureux de ce genre, vous en retrouvez des similaires partout en Suisse. Les ressources ne sont donc pas judicieusement utilisées car les acteurs refusent de s'entendre.

Si nous nous penchons plus précisément sur Curarete, le problème demeure que depuis longtemps ils souhaitent un contrat avec une commune en Suisse allemande. Cette commune disait « mais nous avons déjà une organisation d'aide et soins à domicile, votre projet va multiplier les acteurs et donc l'argent dépensé ». C'est terrible, car les habitants de cette commune ne vont pas devenir subitement plus malades si un acteur supplémentaire arrive ! Et pourtant ce sont des logiques comme celle-ci qui nous empêchent de financer des projets innovants et intéressants.

J'aimerais pour conclure donner quelques jalons pour la politique nationale :

- **Facturation du matériel de soins (LIMA)** : Nous n'avons pas de solution et donc, à cause de quelques gros assureurs, les soins à domicile ne peuvent plus facturer le matériel de soins pourtant nécessaire. Alors que si le client va à la pharmacie acheter lui-même ce matériel, l'assurance rembourse !
- **Financement résiduel** : il est insuffisant, j'en ai déjà parlé.
- **Complexité du financement des soins à domicile**. On pense par exemple aux déplacements qui ne sont pas remboursés ET l'interdiction de combiner différentes interventions en un passage.

Des nouvelles formes d'organisation des soins à domicile vont venir. Alors que souhaitons-nous ? Voulons-nous nous plaindre du système actuel ou travailler pour innover ? Cette volonté ne doit évidemment pas provenir uniquement des organisations de seniors mais bien de l'ensemble des acteurs. Cependant, tout cela ne pourra se faire que si nous nous attelons d'abord à résoudre les questions de financement

PRISE EN CHARGE OU ACCOMPAGNEMENT ? SATISFAIRE LES ASPIRATIONS COLLECTIVES EN MATIÈRE DE SOUTIEN AUX PERSONNES EN SITUATION DE FRAGILITÉ

Pierre Gobet, Professeur HETS&Sa | EESP, Président de Curarete, Lausanne

Ce qui m'a particulièrement intéressé avec *Buurtzorg*, c'est que l'on peut rendre une pratique plus performante sans division du travail. La notion de petites équipes m'a également intéressé, car le principe initial est de regrouper, la tentation de faire une grande organisation. Je crois qu'avec *Buurtzorg* on tient quelque chose mais il faut se mettre ensemble, partager. C'est le sens premier de cette journée. C'est aussi l'occasion de présenter la recherche Innosuisse que nous avons menée avec Curarete dont je parlerai cet après-midi. Ce matin j'aimerais vous présenter les deux moments innovants dans ce projet: la méthode agile et *Buurtzorg*.

De la méthode en cascade à la méthode agile

La méthode agile a été développée à l'EESP avec l'université de Tours, dans le cadre du CAS en case management. L'idée est de se dire que si on veut être spontané dans nos suivis, il nous faut un outil qui nous le permette. C'est la problématique de fond. Nous nous sommes donc attachés à cette question avec une collègue de l'Université de Tours. Je vais essayer de vous présenter cette méthode que l'on aimerait intégrer dans le projet Curarete et compléter le modèle *Buurtzorg*. Mais d'abord un petit détour par la pratique « traditionnelle ».

Aujourd'hui, dans nos métiers du service à la personne (soins, ergothérapie, etc.), quand on parle généralement de méthode, on nous dit que la situation doit être abordée par une analyse et dégager des problèmes. Par rapport à ces problèmes, il faut ensuite définir des objectifs, en priorisant. Une fois les objectifs en main, vous allez chercher des mesures pour les réaliser. Ensuite vous passez dans la phase de la réalisation, puis vous faites une évaluation. Si vous avez atteint vos objectifs, votre travail est terminé, sinon vous recommencez avec la même méthode. C'est ce qu'on appelle la méthode en cascade. Les étapes sont définies à l'avance, indépendamment de la situation dans laquelle vous vous trouvez. Vous imprimez donc une structure, qui est toujours la même. Et puis vous vous intéressez aux difficultés. Vous vous trouvez donc dans une dynamique de résolution de problèmes et vous vous concentrez sur les déficits et les manques que vous souhaiteriez combler. Si vous discutez avec des gens du terrain, ils vous disent : « OK, quand on parle de ce qu'on fait on en parle comme ça, mais sur le terrain on ne fait pas ça. » C'est une méthode qui marche parce qu'on ne l'applique pas. Elle marche au niveau du discours. Cette méthode est aussi à la base des grandes classifications infirmières, comme RAI, Omaha (le RAI de Buurtzorg). Voilà d'où nous partons.

Cet outil est celui de la prise en charge. Cette pratique a connu un développement important après la guerre, dans les années 50. C'est une gestion de projet qui se cache derrière. C'est comme ça qu'on organise la prise en charge. Or depuis les années 90 on parle de moins en moins de prise en charge et de plus en plus d'accompagnement. Donc, quelque part, les attentes collectives face à l'aide changent. La question pour nous est donc de savoir comment capter ce changement de sensibilité au niveau méthodologique. Quels outils se donne-t-on ?

Mais accompagner, au fond c'est quoi ? Maia Paul (Coordinatrice de la recherche à l'Université de Californie, San Francisco) écrivait à ce propos quelque chose de simple mais percutant : « Accompanyer c'est se joindre à quelqu'un. » Il y a donc une dimension relationnelle dans l'accompagnement. La seconde chose, c'est que l'on accompagne quelqu'un pour aller où la personne va. Ainsi, il y a un moment spatial dans l'accompagnement. Puis, au troisième moment nous allons en même temps que lui. Par conséquent, il y a une simultanéité dans l'accompagnement. Notre intervention de professionnel doit donc se régler à partir de là où se trouve le bénéficiaire. Ce

qui nous intéresse, ce qui est le plus difficile, c'est de saisir où se trouve l'autre. On n'y parviendra jamais totalement, mais on va produire l'effort. Ce qui nous intéresse c'est donc **le sens** des choses.

Dans l'accompagnement il y a deux moments :

1. Un moment de posture : c'est la disposition intérieure, la philosophie d'aidant qui fait de vous un aidant particulier, un accompagnement. Vous vous placez en tant qu'accompagnement derrière la personne. Vous n'êtes qu'un guide, vous n'êtes pas un professeur, vous suivez de pas trop loin, mais vous êtes en relation et en interaction avec elle.
2. Une idée de secondarité : ce qui compte c'est ce que la personne fait. Puis, il y a l'idée de cheminement. Quand vous accompagnez, vous cheminez avec. Le chemin que vous parcourez est tout aussi important que l'objectif. L'accompagnement, c'est aussi une transition. Donc on ne va pas vers quelque chose, on change de situation. Nous reviendrons sur cette idée de secondarité.

De la politique de l'accompagnement

La politique de l'accompagnement, c'est la dimension plus objective de l'accompagnement. On nous demande d'accompagner une personne de manière personnalisée. Très bien, par conséquent, la prise en charge aussi. Il est vrai que si vous achetez des souliers très chers, vous aurez la possibilité de choisir des demi-pointures, mais cela reste du standard. Dans l'idée d'accompagnement, on aimerait se défaire des standards pour rendre la situation unique. De plus, l'accompagnement est actif. La personne qu'on accompagne est un acteur du changement de sa situation. Ce n'est pas seulement un client ou un usager, c'est un partenaire de plein droit du professionnel. Alors évidemment, nous disons «Le patient est au centre», mais en disant cela nous mobilisons l'idée économique du patient qui est un client exprimant ses préférences. Ainsi, il doit également être solvable. Cependant, l'idée proposée est que le patient soit acteur et qu'il apporte des prestations.

Concentrons-nous ensuite sur l'orientation et sur les ressources. Madame Monod l'a déjà mentionné. Toutefois, ce qui nous intéresse dans l'accompagnement, c'est ce que nous avons à disposition pour faire des choses. Le problème réside dans le fait que nous n'avons pas les moyens de réaliser cet objectif. Ce que nous souhaitons voir, ce sont les ressources. Si vous avez donné une douche, vous n'avez pas résolu un problème, dans deux jours vous devrez redonner une douche. Il faut donc comprendre les situations sous l'angle des contraintes.

Dans l'accompagnement, on considère qu'il y a des relations entre les choses qui créent une situation sur laquelle on intervient. On ne peut pas utiliser la méthode de Descartes et pratiquer la *tabula rasa*.

La méthode agile dans notre perspective consiste à s'intéresser non pas à l'objectif mais au chemin parcouru. Qu'est-ce qui s'est passé depuis que l'on est là ? L'idée du sens : c'est de l'herméneutique. Ce qui nous intéresse, c'est le sens des choses, qui n'est jamais vrai ou faux. Si votre patient vous dit qu'il voit une situation comme ça, vous ne pouvez pas le contredire, vous pouvez tout au plus poser des questions pour le stimuler à interroger le sens qu'il donne.

Généralement on vous dit: «Pour atteindre un objectif, il faut des ressources, que vous allez consommer pour l'atteindre». Cette vision nous met d'emblée dans un système d'économie de la rareté. Dans l'agilité, à l'inverse, on agit pour **augmenter** les ressources. Plus une personne a de ressources et plus son horizon est large. La ressource c'est la base de l'indépendance. Cette perspective nous place donc dans une économie de l'abondance.

J'aimerais encore évoquer avec vous le point de la complexité. C'est comme s'il fallait deux méthodes, une pour les cas simples et une pour les cas complexes. Mais si vous demandez à quel

moment une situation devient complexe, il y a de fortes chances pour qu'on vous réponde : « hmm c'est complexe comme question ! » Eventuellement, on ajoutera : « OK dès qu'il y a trois intervenants, deux pathologies, etc., alors c'est complexe ». Oui mais *plus, plus, plus*, c'est une quantité, pas un niveau de complexité. La complexité n'est pas dans la chose mais dans le regard que l'on pose sur la chose. Prenez la cervelle de mouton. Si vous prenez un biologiste qui travaille sur les méandres du cerveau, c'est très complexe, mais pour le cuisinier qui prépare une cervelle au beurre noir, c'est très simple. Les complexités sont administratives mais pas nécessairement dans les situations. La difficulté ce n'est pas rare, c'est quotidien. Le fait de devoir prendre une douche tous les deux jours pour que le problème soit résolu, c'est assez compliqué. La complexité est surtout un problème pour les scientifiques. Nous, en tant que praticiens, nous n'avons pas de difficultés avec ça.

Une chose encore: si vous ne travaillez pas par objectif, comment savoir si l'accompagnement est achevé? Et bien on va se dire que c'est atteint au moment où vous pouvez vous retirer sans péjorer la situation !

Comment devenir agile sur le terrain ?

Nous avons donc tenté d'opérationnaliser cela. Comment accompagner sur le terrain pour être agile ? Nous avons défini six principes d'action. Il y a deux principes qui se rapportent au sens des choses et quatre qui se rapportent aux ressources. Finalement, ce ne sont que deux choses qui nous intéressent : sens et ressources.

Prenons le principe de l'acquiescement. On ne dit pas non et donc, quand on va dans une perspective, on peut demander de creuser, mais on ne contredit pas. On va s'orienter sur les ressources.

La perte acceptable est un principe de sécurité. Globalement, vous vous dites : « Je ne veux pas que la chose s'arrête. Il faut que ça continue. Il faut qu'il y ait un enchaînement entre les situations possibles ». Maintenant dans certaines situations, vous pouvez vous dire «je peux tenter ça», mais au fond vous ne savez pas trop. Alors vous n'allez pas le tenter si vous considérez que, si cela tourne mal, vous perdrez tellement de ressources que la situation sera affectée. Chaque fois que vous posez un objectif, vous faites une hypothèse sur l'évolution de la situation et comme la situation ne va pas nécessairement dans le sens pensé, vous refaites l'objectif. Par conséquent, dans notre approche, on ne travaille pas sur la prévisibilité mais sur le hasard. C'est un pari, avec des partenaires.

Enfin, nous allons essayer à partir des actions entreprises de donner un sens aux actions. Nous ne posons par le sens a priori.

Voilà en gros les principes que nous allons mobiliser. Ce ne sont pas des principes que l'on applique à la réalité, c'est la réalité très individuelle que l'on applique aux principes. Nous interprétons les principes, nous ne les appliquons pas. C'est pareil que pour la danse finalement.

LE MODELE DE BUURTZORG ET SES APPLICATIONS EN SUISSE ALÉMANIQUE

Enrico Cavedon, auteur d'une étude de faisabilité du modèle Buurtzorg pour la Suisse, HES-Suisse du Nord-Ouest, Olten.

J'aimerais débiter cette présentation avec quelques mots sur le « modèle » de Buurtzorg, qui connaît un grand succès aux Pays-Bas. Pour commencer, quels sont les éléments centraux qui soutiennent l'autogouvernance ? En fait c'est assez simple, il y a un seul but : la promotion de l'autonomie. A cela s'ajoute quatre principes :

1. Approche holistique de la situation ;
2. Identification et mise en réseau de toutes les personnes et organisations susceptibles d'apporter des ressources ;
3. Fourniture de soins et d'accompagnement ;
4. Accompagnement du client dans son rôle social.

Buurtzorg se place au centre et active les ressources du client. Cela commence par ses propres ressources, puis celle des proches (les aidants informels). Buurtzorg prend alors le *lead* dans la coordination avec les aidants formels, de la pharmacie à l'hôpital. Concrètement, pour les clients, cela signifie le renforcement. Autrement dit de ne pas faire *pour* mais *avec*.

Buurtzorg se concentre sur les réseaux. L'organisation mène des actions de prévention et d'activation. L'environnement est mis en réseau que ce soit pour des questions médicales, comme la prise de tension, ou pour des activités sociales, comme une course de rollators. Cela peut avoir un effet d'intégration direct, mais aussi un effet préventif, par exemple au niveau du système cardio-vasculaire. Buurtzorg dans cet exemple ne va pas organiser la course, mais activer des associations locales pour l'organiser.

Trois structures organisationnelles soutiennent Buurtzorg:

- Les équipes
- Les TIC (technologies de l'information et de la communication)
- Les coaches

Au niveau des équipes, on peut exprimer différentes logiques entre la relation d'un employé et de l'organisation. A Buurtzorg, ce n'est jamais l'administration qui décide d'augmenter le personnel ou de créer de nouvelles équipes (par exemple pour couvrir une nouvelle région). Une nouvelle équipe est créée dans une région lorsque six professionnels décident d'utiliser Buurtzorg pour faire leur travail. Certains rôles doivent cependant être joués : soignant et *teampayer*. Toutes les personnes dans Buurtzorg doivent avoir ces deux rôles. Ensuite, il y a des rôles supplémentaires de soutien : le ménage, la planification, l'administration (essentiellement comptabilité, saisie des temps et échange des données avec le back-office).

Il existe également une règle édictant que chaque rôle de soutien doit être pris par deux membres de l'équipe. Ainsi, il n'y a jamais de dépendance complète à une seule personne dans l'équipe. De plus, ce qui est également important, c'est le changement des rôles tous les deux ans.

A ces rôles de base s'ajoutent des missions spécifiques comme l'innovation et le mentoring qui sont activés parfois mais pas toujours. L'innovation c'est par exemple quand une équipe a une idée d'un nouveau projet. Ce projet compte ensuite dans la gestion du temps comme un client. Enfin, le mentoring a lieu lors de la démonstration d'un nouvel instrument.

Encore une règle : tous les membres doivent suivre des cours de communication, notamment pour « recevoir des critiques » (au niveau de l'équipe mais aussi au niveau des clients) ou « comment apprendre à prendre une décision dans une réunion d'équipe ».

Les TIC sont d'autres éléments centraux. Le Buurtzorg Web a été développé par Buurtzorg avec la participation active du personnel soignant. Les instruments qui font voir la productivité d'une équipe sont des éléments de ce système informatique. Il démontre l'attitude et l'action entrepreneuriale d'une équipe. Ce sont des données importantes de contrôle. Le back office et le front office utilisent les mêmes chiffres. La productivité est l'un de ces indicateurs centraux. Chaque équipe peut à la fois voir son chiffre et se comparer avec celui des autres. Les autres chiffres clés sont par exemple la satisfaction de la clientèle mais aussi le nombre d'absences.

Les coachs

Les coachs offrent un soutien aux équipes, mais ils n'ont pas de position hiérarchique. Un coach est chargé d'environ 50 équipes. Il n'a pas de pouvoir de décision mais doit être reçu par l'équipe, par exemple lorsqu'un des indicateurs est en dehors de la zone de sécurité ou si plusieurs membres téléphonent pour témoigner un problème de coordination. Le coach ne supporte jamais un membre unitaire de l'équipe, il soutient toujours l'ensemble. C'est important que le coach n'ait pas de position hiérarchique, car ainsi l'équipe doit prendre les responsabilités de ses décisions, que ce soit dans un recrutement ou un licenciement par exemple.

Quelques autres faits sur Buurtzorg:

Buurtzorg montre une très haute qualité dans les soins et a besoin de moins d'heures pour réaliser ses actions. De plus, lorsqu'on regarde les finances, Buurtzorg a toujours fait des profits élevés malgré une forte croissance et l'organisation est financée par ses propres fonds. Ernst & Young a calculé pour la Hollande le potentiel d'économies à 1 milliard d'économies si tous les soins à domicile étaient ainsi organisés.

Cependant, ce n'est pas un conte de fées non plus et il existe quelques critiques :

- Buurtzorg bénéficie d'une certaine latitude dans le choix de ses clients (et sélectionne donc les cas) ;
- Buurtzorg est dépendant d'autres organisations, en cas de pénurie de personnel par exemple ;
- Enfin il y a un manque de transparence quant à l'attribution des profits. Par ailleurs, l'organisation a été contrainte de rembourser des taxes en Hollande l'année dernière.

Cela dit, malgré les critiques, les enthousiastes de Buurtzorg sont plus nombreux. On peut se demander si ce n'est pas un nouveau modèle d'organisation pour la Suisse. Notre première étude s'est donc située sur un niveau général: si nous examinons l'évolution aux Pays-Bas, nous arrivons à la conclusion que cela en vaut la peine, mais cependant cela exige du courage et de la clarté. Buurtzorg en Suisse peut réussir si les réalités locales sont prises en compte.

Quelques ingrédients pour intégrer Buurtzorg

Premièrement, je tiens à vous dire que je suis désolé de ne pas pouvoir vous offrir aujourd'hui une recette pour l'application avec succès de cette méthode. Je peux cependant, sur la base de nos recherches et expériences, vous donner quelques pistes.

L'autogouvernance au niveau de l'équipe

On doit faire attention que les soignants n'aient pas peur d'une surcharge de travail et, d'autre part, on peut voir que la direction n'aime pas donner des responsabilités. Un autre thème important est le financement : une transparence totale est nécessaire pour développer l'autogouvernance.

Il s'agit également de s'éloigner de la logique SPITEX, qui pour rappel signifie *Spital Extern* Pflege. Ce ne sont pas des soins (et une logique) hospitaliers qui sont amenés hors des murs de l'hôpital, mais une logique de voisinage, avec la volonté d'utiliser la communauté comme acteur dans les soins. C'est une dynamique très importante. Alors on peut prendre une partie des moyens (les 80%) mais pas la logique.

En conclusion on pourrait se demander pourquoi le chaos a besoin de leadership? A mon avis, l'autogouvernance n'est pas le chaos, il y a des règles très strictes, notamment le nombre de collaborateurs d'une équipe qui ne peut être plus élevé que 12. Si vous avez 13 vous pouvez faire deux équipes.

Expériences de changement en Suisse

Voilà la recherche est terminée. Maintenant, une autre recherche est encore en cours. Ces derniers mois, j'ai fait des téléphones et cherché des organisations qui ont décidé d'appliquer des éléments d'autogouvernance. Ces efforts m'ont permis de trouver une douzaine d'organisations. Trois ont commencé *bottom-up*. Ils ont fondé une nouvelle organisation, comme Curarete. L'experte étant présente dans la salle, je vais me concentrer sur les autres : les organisations qui ont choisi de changer une organisation existante.

Une organisation était composée de deux personnes. L'autre est SPITEX-Limatt avec environ 700 EPT.

Presque tous ont commencé avec des équipes pilotes et maintenant il y a petit à petit d'autres équipes suivant les pilotes. Un cas n'a cependant pas fait comme cela. En effet, 50 collaborateurs se sont engagés d'un seul coup. Quatre équipes se sont composées, avec une qui fonctionne très bien, deux autres moyennement et une autre qui ne fonctionne pas encore.

Il y a aussi des organisations qui ont pris l'idée de changement, dans presque tous les cas c'est la direction qui a pris la décision mais, dans une situation, ils ont voté démocratiquement et décidé que plus de 70% du personnel souhaite l'autogouvernance. Ainsi, le système a été appliqué. Une différence intéressante est que presque toutes les équipes pilotes étaient des équipes soignantes et non des équipes de ménage. Cependant, une a fait différemment. Ce cas est intéressant car on voit que ce n'est pas seulement des équipes avec un haut niveau de formation qui fonctionnent.

Il faut également relever un point au niveau des coachs : aux Pays-Bas, les coachs ont uniquement la fonction de supporter l'administration ou la communication mais pas de supporter des situations de santé, comme les cas de démence par exemple. En Suisse, les organisations ont toujours installé deux types de coachs : un avec une fonction administrative et l'autre avec une fonction de soutien clinique.

Ce qui marche moins bien, c'est de mélanger la fonction du ménage avec la fonction de santé. Cette situation crée des problèmes. Sinon quand on fait le changement dans le sens de l'autogouvernance, il y a toujours des personnes à qui cela ne plaît pas, ce qui entraîne des départs, mais jamais plus de 20%. Pour l'anecdote, un responsable m'expliquait que, dans l'équipe, il y avait des personnes plutôt *alpha* et d'autres avec des petits problèmes psychiques. Ces deux profils ne résistent souvent pas au changement mais les autres restent et cela offre parfois de belles surprises, notamment avec des personnes qui étaient jusque-là en retrait.

Une chose et pas des moindres : l'autogouvernance a un effet positif sur l'offre de travail. Ainsi, une organisation en autogouvernance recrute plus facilement.

Pour conclure, j'aimerais ajouter que l'augmentation de la flexibilité des professionnels augmente proportionnellement le courage de bénéficiaires. Ces derniers envisagent même parfois d'être en conflit avec le personnel si leurs préférences ne sont pas respectées.

« BUURTZORG » EN ROMANDIE : PRÉSENTATION DE QUELQUES EXPÉRIENCES EXEMPLAIRES

Valérie Renoud-Grenier, maître d'enseignement à la Haute Ecole de santé Vaud (HESAV)

J'ai écrit Buurtzorg entre guillemets dans le titre, parce que je vais donner la parole à des organisations qui ont mis en œuvre le modèle mais pas complètement.

En fait, le phénomène est bien plus large que les soins : cela touche l'agro-alimentaire, la santé, l'éducation, etc. C'est un phénomène qui interpelle les professionnels, mais également les jeunes qui ne se retrouvent plus dans les systèmes en place, à l'instar de la jeune écologiste Greta Thunberg. Au niveau de l'accompagnement, les différentes disciplines prennent des routes qui convergent, cela va de l'ergothérapie à la physiothérapie, les soins infirmiers, la santé mentale et le management.

Ce que Buurtzorg a révélé, c'est que c'est dans l'adversité que les forces se révèlent (citation de Laurie Gottlieb). C'est une fracture qui a permis de se déterminer différemment. Aujourd'hui, la monoculture est le tableau commun à toutes les disciplines. Nous avons standardisé, nous avons essayé d'injecter des intrants de plus en plus importants. Nous avons constaté que le sol est une ressource mais selon ce que nous lui mettons comme intrant, la récolte est plus ou moins conséquente. Le sol, si je fais le parallèle avec les soins, c'est l'organisation, les clients ou le personnel. Les intrants sont les procédures ou les choix que l'on fait ; ils vont avoir un impact sur la récolte, autrement dit les résultats. Aujourd'hui les intrants arrivent à leurs limites et il faut voir si le sol ne peut pas lui-même se régénérer, d'où la notion d'accompagnement.

Trouver l'équilibre reste l'enjeu majeur. Nous sommes passés historiquement de presque zéro soins à des avancées médicales et sociétales majeures : plus de confort, la limitation d'agents pathogènes qui ont permis d'assurer une certaine qualité et... woops on est arrivés gentiment à la notion de croyance que le pouvoir de guérison est situé à l'extérieur de chaque être humain. Chacun a le pouvoir de se guérir. Les soins infirmiers consistent à créer des conditions qui permettent au corps de se régénérer. C'est vrai qu'il y a des actions, par exemple la prévention quaternaire, qui amènent à une notion de soins durable.

Qu'est-ce que les soins durables ? C'est la croyance que chacun peut faire des choses pour lui. Chacun va se transformer au fil des années à l'aide de ce qui le construit et de ses expériences. Malgré cela évidemment, certains auront des besoins à des moments donnés. Et puis une utilisation de vision globale.

Nous sommes vraiment dans des organisations où l'économie est prioritaire. Il y a une perte de confiance en nos capacités mais également dans l'organisation. Il existe aussi une certaine désillusion dans les organisations. Buurtzorg a entraîné une prise de décision éthique motivée par une raison d'être évolutive de l'organisation.

Cependant, si nous reprenons les quatre concepts de soins infirmiers, se centrer sur ces quatre éléments et leur donner vie va amener l'organisation à réfléchir en fonction de cela et non plus en fonction d'une logique économique ou liée à des pressions assurantielles, des peurs, etc. Parce que finalement la décision éthique relève d'une justesse qui est perçue lorsqu'on la dégage vers l'extérieur. Tout ça amène beaucoup de confiance. Cette spirale va être vertueuse parce que si on a confiance et si nous avons du respect pour les gens que l'on soigne, nous allons communiquer et partager plus facilement. Nous allons également maintenir cette perspective qui va nous permettre de prendre de nouvelles décisions participatives. Le seul moyen qui découle de cette avancée de la réflexion c'est l'auto-organisation. Nous allons retrouver dans le domaine des soins infirmiers le

Magnet hospital (Joseph & Bogue, 2016), c'est un modèle où l'infirmière prend la décision de sortie de l'hôpital et c'est le modèle de *Buurtzorg* qui nous intéresse aujourd'hui.

Le modèle de Buurtzorg fait sens parce qu'il mobilise la notion d'écologie. C'est un modèle qui tient compte de l'environnement, de l'économie et de la santé sociale. Buurtzorg parle souvent de prendre un café lorsque le soignant rencontre un client. C'est la notion du contrat social qui revient pour les infirmières sur le fait qu'on doit créer des conditions optimales pour soulager la souffrance et restaurer la santé. Cela permet de créer un nouveau champ de possibles, plus large.

C'est un mouvement qui s'extrait du contrôle *a priori*, des définitions de tâches, des prestations, des peurs (qui sont liées à des incompréhensions ou des méconnaissances), de la méritocratie, de la compétition et de la suppléance et promeut un mouvement de confiance, de transparence, de redéfinition des rôles et des défis, de soutien, de collaboration et de conscience collectives, d'essais-erreurs et des résultats qui s'ajustent en fonction.

Pour réussir ce mouvement, nous devons avoir une vision ; de la formation ; un accompagnement avec des coachs extérieurs et puis la notion de mobilité. Nous avons besoin de leader qui maintiennent le cap et qui soutiennent. Si cela ne fonctionne pas, le leader doit lui aussi se remettre en question, ajuster son action et améliorer son mode de fonctionnement.

Les mécanismes qui permettent de mettre ce système en place consiste à clarifier les systèmes de valeurs et leur insuffler la vie. J'ai vu beaucoup d'organisations qui disent «oui, on travaille avec l'Humanitude» et puis vous allez en visite et vous repartez en courant parce que c'est affirmé mais ce n'est pas incarné. Ça c'est le rôle du leader (ou des leaders): maintenir le cap ET lui donner vie.

Il faut aussi avoir une intention claire. Buurtzorg va boire le café, mais cela permet de vérifier tellement de choses (la mémoire procédurale, la cognition, les déplacements, etc.). L'émergence de résilience est importante, parce qu'entrer en autogestion, c'est pour chacun bouger. Une gestion des tensions doit être intégrée.

Il s'agit également d'être convaincu, d'avoir confiance et faire évoluer le type d'écoute. Passer de «oui, oui je sais» à une écoute générative. Et puis, il faut le redire, il n'y a pas de recette miracle. Même si Buurtzorg s'exporte, personne n'a repris tel quel leur modèle.

Avec ma collègue d'[Acteur santé](#), c'est un projet qui a pris corps il y a deux ans. Au départ, nous voulions créer une OSAD et aujourd'hui nous essayons plutôt de soutenir toutes celles et ceux qui veulent bouger leur méthode de fonctionnement à l'aide d'une philosophie de soins.

Les éléments clés (les autres) : une vision large, de la compassion (nous allons faire des erreurs) et puis un environnement ou autonomie et responsabilité sont mis en avant. Parce que ce n'est pas toujours facile d'assumer la responsabilité de ses choix. Il s'agit d'un développement de la résilience qui irait au-delà. Le petit «truc», c'est que ce qui fait sens, ce qui est juste, ce n'est pas toujours confortable. Cela nous met en tension et nous amène à changer notre pratique.

Les défis particuliers de la Suisse romande

Il y a le financement, nous en avons passablement parlé, mais il y a aussi :

- La multiculturalité ;
- Le mode de fonctionnement des services étatiques et autres partenaires de santé ;
- La stigmatisation des initiatives privées, mais cela commence à changer ;
- Le mélange de la fin et des moyens: l'autogestion est un moyen pour ancrer une philosophie, ce n'est pas une fin en soi, c'est un moyen pour soigner selon une philosophie à choisir ;

- Les lobbyings pharmaceutiques et assuranciers : la libération des peurs en Suisse, ce n'est pas facile. La notion de soins de prévention n'est pas ou peu financée ;
- La loi sur la santé.

Mais comme le disait Sénèque : « En suivant le chemin qui s'appelle plus tard, nous arrivons sur la place qui s'appelle jamais ». Alors certaines organisations ont choisi de ne pas attendre plus tard et c'est à elle que j'aimerais donner la parole maintenant.

Unique Care, soins à domicile

Jean Luc Tuma, Directeur

Je vais vous raconter les déboires d'un directeur qui prend en charge un modèle qui était censé fonctionner. Peut-être que vous aussi vous avez cette faculté à penser en dehors de la boîte et si c'est le cas, sans doute que vous aussi vous rencontrez des problèmes.

Lors de mon premier jour de travail chez *Unique care*, j'ai rencontré des professionnels convaincus par leur travail et la qualité de ce dernier. J'ai alors osé poser une question simple: «et qu'en pense nos patients» et là déjà, j'ai créé la surprise !

La première chose que j'ai fait c'est de créer un organigramme, où j'ai inversé la pyramide. En haut, il y a les patients et les proches. Les professionnels m'ont dit «oui, mais là on risque de perdre notre job». Peut-être.

L'autre remarque que l'on m'a fait : «il est rarement dans son bureau». C'est vrai, je suis souvent auprès des patients, je bois le café et, ça a été dit, j'y apprend beaucoup.

Aux patients, la première question que j'ai posée c'est : « Mais finalement vous n'êtes malade que dans la journée ? » On m'a répondu : « ben non, nous on est malade entre 8h du matin, heure cantonale pour la douche jusqu'à 20h, heure du coucher ». J'ai alors demandé : « mais si on était à disposition 24h sur 24 qu'est-ce que vous en penseriez ? » Les patients ont trouvé cela intéressant et nous avons mis en place une équipe de nuit. L'équipe de nuit, ce sont les patients qui l'ont choisie et ils ont demandé que ce ne soient pas des femmes. Parce que la représentation des patients de notre échantillon sont des hommes qui sont forts, ils peuvent faire face. Les patients ont dit : « si vous mettez une équipe d'infirmières en place, on ne les appellera pas ». Alors on a développé cette équipe et cette prestation, et ça fonctionne. Avec le temps, il y a même quelques femmes qui ont intégré l'équipe de nuit. Pour nous, aucune décision n'est prise à l'heure actuelle sans avoir consulté le patient, parce que nous partons du principe que c'est lui qui a la meilleure expérience.

Les soins volants

Pakize Palan & Catherine Girard

Nous sommes la première entreprise de soins à domicile libérée en Romandie. J'aimerais dire que j'ai beaucoup apprécié les présentations de ce jour. Cela nous conforte sur nos propres réflexions. Madame Monod ce matin parlait de la réorganisation de la Direction de la santé publique, avec de nombreux chefs. Nous, nous fonctionnons sans chefs, avec une vision claire où l'innovation vient du terrain.

C'est vrai que nous parlons beaucoup de Buurtzorg et c'est vrai que c'est un modèle inspirant mais nous avons plusieurs inspirations. L'entreprise libérée me vient notamment de l'ouvrage de Frédéric Laloux ([Reinventing Organizations](#)). La rencontre avec Buurtzorg a bien sûr aussi été une source d'inspiration. Une autre rencontre intéressante est celle avec Monsieur Isaac Getz ([l'entreprise](#)

libérée). A cela il faut ajouter Monsieur [Jean-François Zobrist](#) dans le domaine de la sidérurgie et Monsieur Alexandre Gérard ([le patron qui ne voulait plus être chef](#)).

Nous souhaitons travailler avec nos valeurs, nous souhaitons travailler avec humanisme. Nous souhaitons mettre un stop à l'approche *top-down* et procéder avec une approche ascendante. L'organisation est un peu comme un mobile. A chaque patient qui arrive, on doit se mettre en mouvement pour se réadapter. Ce qui est important c'est la prise en compte des compétences de chaque élément du mobile. Il s'agit des professionnels mais aussi des patients.

Dans cet équilibre, ce qui nous tient à cœur c'est l'auto-détermination du patient. Nous ne venons pas avec notre savoir mais nous cherchons à recenser les ressources et comprendre les besoins. Cela permet de recréer du lien aussi entre les individus. Même chose pour les collaborateurs, quand on voit que 50% des infirmiers-ières souhaitent changer de métier, on s'interroge. Comment faire pour que ces professionnels soient intéressés ? En vingt ans, je n'ai pas eu de liste d'attente pour qu'on vienne travailler dans notre organisation et, depuis que l'entreprise est libérée, nous avons de l'attente.

Alors, l'entreprise libérée n'a pas l'objectif de devenir millionnaires. Les équipes font leur propre planning. Les recrutements se font par les équipes. En effet, qui d'autres que les équipes peuvent savoir avec qui ils ont envie de travailler ? Ensuite l'idée c'est aussi que la prise en charge de la demande à la facturation se fasse par l'équipe. Il n'y a plus de silos, c'est une prise en charge globale. C'est ce qui fait que l'on tient compte de la globalité du patient. Nous ne cherchons pas les problèmes, nous cherchons les solutions.

Nous avons étudié ce qu'il y avait sur le marché en ce qui concerne les outils informatiques. Nous nous sommes associés avec une entreprise genevoise ([umanova](#)) qui nous a accompagnés dans le développement d'un outil informatique. Nous avons intégré le [Omaha system](#).

LE PROJET CURARETE, VECTEUR D'INNOVATION DANS LES SOINS À DOMICILE

Pierre Gobet, Professeur HETS&Sa | EESP, Président de Curarete, Lausanne

L'idée au départ était de développer un outil technique qui soutienne le modèle d'agilité présenté ce matin.

[Innosuisse](#) est un projet fédéral de soutien à l'innovation. Un projet Innosuisse requiert l'association entre un partenaire de recherche et un partenaire chargé de la mise en œuvre. Innosuisse demande que les projets soutenus soient ensuite valorisés. C'est la phase dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui avec le projet Curarete.

Nous retrouvons dans le projet Curarete de nombreuses choses qui ont été dites aujourd'hui. D'une part, l'idée d'une aide qui soit en résonance avec les prémices de l'accompagnement (et non la prise en charge). Un horizon glocal (contraction de global et local), une activité ancrée localement et une centralisation virtuelle. Ce n'est pas simplement à la fois écologiquement mais aussi économiquement. C'est une alternative qui consiste à créer des grands centres qui essaient de gagner en performance par un effet d'échelle. Le troisième point traite d'une organisation en réseau. L'atome de base d'une organisation comme Curarete est l'équipe de soins, et ces équipes sont en dialogue dans le cadre de l'organisation elle-même et puis avec l'extérieur. Chacune ayant son propre réseau.

C'est une organisation apprenante. Cela veut dire que l'on investit, dans la formation notamment. Ce sont des organisations qui sont perméables au changement. L'idée qu'une équipe puisse évoquer des changements, ce sont des organisations qui misent sur la formation continue. Si l'on essaie de faire le bilan de tout ça, on peut se demander de quel type d'innovation il s'agit. Nous faisons souvent une distinction entre les innovations incrémentielles et celles dites disruptives. L'exemple d'une innovation incrémentielle, c'est le téléphone portable. C'est une innovation technologique importante mais elle n'est pas en rupture avec la précédente : le téléphone fixe. Elle n'a donc posé aucun problème aux organisations existantes (PTT en l'occurrence). En revanche, si vous prenez les organisations low-cost dans le transport aéronautique, il n'y avait pas de nouveauté dans le produit mais ce modèle n'a jamais pu être implémenté dans des structures préexistantes.

Je pense donc que ce nous sommes en train de faire est une innovation de rupture. Nous sommes en train de réaliser une optimisation économique qui n'est pas basée sur la division du travail. Une approche agile est une approche qui ne fait pas appel à une classification infirmière lourde. Nous sommes dans du *low-tech*. Nous sommes même embêtés parce que la structure tarifaire qu'on nous demande de couvrir dans les soins à domicile se divise en 120 positions. Autant dire qu'il y a de nombreuses choses à discuter et à penser, de nombreuses propositions à faire, aux assurances maladies notamment.

Et puis il y a cette idée du prima de la situation sur le produit. Les organisations de type Buurtzorg ne vendent pas des prestations et ne quantifient pas leur travail sur la quantité de travail et de prestations. C'est une gestion par projet où chaque situation en quelque sorte est un petit projet. Chaque équipe est porteuse d'un portfolio de situations. Nous aimerions faire le lien entre le travail quotidien que l'on fait et puis les éléments qui sont mis à disposition pour soutenir les patients avec des besoins particuliers.

Mais comment mettre en place et financer un tel projet ? Le financement des soins à domicile est assez intransparent. Les cantons savent, ils collectent les données et savent combien chaque organisation coûte mais ce sont des informations qui ne sont pas publiques. Il y a une exception

toutefois dans le canton de Zurich. Comparez alors, dans cet exemple, le tarif qui est proposé pour une organisation privée (sans mandat) et une organisation publique (avec un mandat) : le coût standard (ce que paie l'AOS + la part résiduelle) pour les trois types de prestations¹ est entre 37% et 49% plus élevé si vous êtes au bénéfice d'un mandat public. A cela s'ajoute le fait que les coûts effectifs sont plus élevés que le tarif accordé. En d'autres termes, cela signifie que ces structures qui ont un mandat et un financement déjà plus élevé bénéficient en plus de subventions publiques.

Comment cela se passe-t-il dans le canton de Vaud ? Nous n'avons pas ces chiffres, mais nous connaissons le montant pour le financement des OSAD². Si vous faites une recette moyenne des OSAD vaudoises, elles toucheraient en moyenne CHF 76.20.- de l'heure. Mais pour produire une heure de soins, il faut travailler plus. Cela veut dire que si l'on prend une productivité de 60%, cela donne un revenu de CHF 45.70 par heure travaillée. Une infirmière qualifiée coûte CHF 65.- de l'heure travaillée. Alors comment je fais ? Comment rendre mon projet viable si chaque heure de travail génère une perte de CHF 19.- ?

En fait, le modèle d'affaire consiste à dire : « les OSAD assurent les soins de base, avec un personnel peu ou pas qualifié. Pour le travail de soins qualifié, cela sera repris par les autres entreprises. Celles qui ont un mandat ». A quelle conclusion arrivons-nous ? Le financement de l'innovation de rupture en Suisse n'est pas assuré. Avouez que c'est plutôt paradoxal. Au niveau fédéral, nous recevons des sous, via Innosuisse, et on nous incite à innover et à mettre en pratique cette innovation, mais sur le terrain, lorsque nous tentons de réaliser, nous sommes bloqués !

Mais le problème ne se pose pas qu'avec ce projet. Il y a sans doute plusieurs manières d'organiser les soins à domicile. Il n'y a pas de raison de considérer uniquement l'entreprise libérée. Il y a le modèle existant ; l'entreprise libérée ; les réalisations par les EMS et je pense que toutes ces formes sont légitimes. Il y a du travail pour tout le monde dans ce domaine, nous l'avons encore vu ce matin avec la présentation de Madame Monod.

Curarete est une organisation d'intérêt public et à but non lucratif. J'estime qu'une organisation de ce type pourrait tout à fait être porteuse d'un mandat public. Parce que ce modèle peut tout à fait intégrer l'ensemble des courants. Nous allons développer un système pluriel qui fonctionne sur plusieurs modèles dont le but, la tâche est de répondre à l'évolution des besoins.

Dès lors, que faire pour que ça marche ? Nous avons besoin d'une estimation réaliste des coûts. Nous ne pouvons pas partir sur la base d'un tarif dont on ne sait pas comment il a été construit. La seconde chose : le *benchmark* devrait être les coûts effectifs des grandes organisations dans le modèle. Nous aimerions faire ça mais nous n'avons pas les données. Il y a besoin d'une transparence pour que les choses soient possibles. Cela dit, il ne faut pas que ce soit une course à qui est le moins cher. Les dépenses actuelles sont sûrement explicables et peut-être justifiables. Peut-être que nous pouvons mieux faire, mais nous partons de là et nous regardons ce que nous pouvons améliorer.

Ce que nous souhaitons, c'est travailler sur la base d'une productivité de 60%. S'engager sur cette base et prendre à la fois l'opportunité et le risque. Il faudra évidemment un financement initial de la phase de lancement des équipes. Au moins un certain temps, le temps que la machine se mette en marche. Ce financement, ce n'est pas au canton de nous le donner. C'est un financement à trouver auprès de fondations et d'associations.

Pour que cela marche il faudra également développer la culture de collaboration entre organisations. Même si nous avons des moyens et des positions différentes dans le système, nous

¹ A. Analyse des besoins / B. Prestations thérapeutiques / C. Soins de base

² Organisations de soins à domicile (privées, en opposition à l'aide et soins à domicile publique)

faisons tous face à une réalité où seule la collaboration pourra nous aider. Ce que nous ne souhaitons pas, absolument pas, c'est une garantie de déficit. Nous ne souhaitons pas nous retrouver dans une situation comme la politique agricole où l'Etat vous dit ce qu'il faut faire et où vous ne pouvez jamais développer une politique d'entreprise, parce qu'elle est développée ailleurs par des gens qui n'ont pas vos responsabilités.

Ce sont des choses qui vont devoir être rapidement discutées avec nos interlocuteurs. Curarete vise désormais à développer des équipes pilotes. Nous en avons une en Argovie, avec six personnes, qui travaillent très peu. Dans ce lieu, nous aimerions partir dans une position un peu différente, mettre des équipes sur pied, si possible dans différents cantons et l'idée serait de développer une équipe pilote sur une durée de deux ans. Une équipe pilote est une équipe qui est un peu entre parenthèses. Elle n'est pas totalement dans la réalité. Nous aimerions que ces équipes soient accompagnées scientifiquement et par des professionnels qui savent ce que c'est une organisation produite par projet et non en fonction des produits qu'elle peut placer sur un marché. C'est aussi se demander ce qu'on pourrait apprendre de l'étude des sciences et des technologies.

Pour terminer je souhaiterais faire une annonce, qui est destinée aux gens de terrain qui seraient intéressés par une telle aventure. Si cela vous intéresse, si vous vous sentez appelés par ce projet et souhaiteriez explorer la possibilité de le tenter dans votre région, je vous donne rendez-vous **jeudi 9 mai 2019, entre 18h00 à 19h30, à la salle B333 de l'EESP.**

Je me réjouis évidemment de vous y retrouver et continuer cet échange.



HéviA

Association vaudoise
d'institutions
médico-psycho-sociales

Rue du Caudray 6
1020 Renens

www.heviva.ch