

DU 13 AU 17 NOVEMBRE 2023

Dialog
Health



COMPTE RENDU DU
VOYAGE D'ÉTUDE

ACCOMPAGNE- MENT DES PERSONNES ÂGÉES : *L'EXPÉRIENCE DES PAYS-BAS*

Autrice :
Emilie LEBEE-THOMAS



TABLE DES MATIÈRES

CARTE DES VISITES.....	03
LES SOINS DE LONGUE DURÉE AUX PAYS-BAS.....	04
1/ Sécurité sociale et assurance soins de longue durée.....	05
2/ L'offre de soins de longue durée.....	06
Focus RH.....	07
Bibliographie.....	10
COMPTE-RENDU DES VISITES.....	11
Visite #1 : Vilans / Le système médico-social aux Pays-Bas.....	12
Visite #2 : Dagelijks Leven.....	12
Visite #3 : Zorgspectrum Het Zand.....	12
Visite #4 : The Hogeweyk Dementia Village.....	12
Visite #5 : Ferme de soins Weet hoe je leeft.....	12
Visite #6 : Pennemes.....	12
Visite #7 : Buurtzorg.....	12

CARTE DES VISITES



Hôtel DoubleTree by Hilton Amsterdam Centraal Station



Carstens Brasserie Amsterdam



Restaurant de Silveren Spiegel



Visite 1 - Vilans.nl



Visite 2 - Dagelijks Leven



Visite 3 - Zorgspectrum Het Zand



Visite 4 - Village Alzheimer - Hogeweyk



Visite 5 - Ferme thérapeutique



Visite 6 - Pennemes



Visite 7 - Buurtzorg

LES SOINS DE LONGUE DURÉE AUX PAYS-BAS

STATISTIQUES	PAYS-BAS	QUÉBEC
Population totale (2021)	17,533,044	8,484,965
Superficie	42000 KM²	8,2 mln DE KM²
Revenu moyen par habitant	52 422€	45 878€ (Canada)
Espérance de vie à la naissance h/f (années, 2016)	81	81
Dépenses totales consacrées à la santé par habitant	\$5,202	
Dépenses totales consacrées à la santé en % du PIB (2014)	10.9%	

Dernières données de l'Observatoire de la santé mondiale

La population des Pays-Bas vieillit : si en 2020 les 20-64 an représentaient 58,8% de la population, ils ne seront plus que 52,3% en 2040.

Personnes âgées par tranches d'âge en 2023

AGE	TOTAL	HOMMES	FEMMES
Population totale	17,811,291	8,850,309	8,960,982
65-79 ans	2,728,550	1,326,085	1,402,465
80-99 ans	870,045	352,038	518,007
100 ans +	2,572	400	2,172

Dernières données de l'Observatoire de la santé mondiale

Le coût de la vie au Canada est 12,3% moins cher qu'aux Pays-Bas.

Les principaux bénéficiaires des soins de longue durée aux Pays-Bas sont :

- les personnes ayant des troubles d'apprentissage,
- les personnes souffrant d'un handicaps physiques ou sensoriels,
- les personnes âgées et
- les personnes souffrant de troubles psychiatriques.

En janvier 2014, près de 5% de la population recevait des soins de longue durée, 45% recevaient des soins résidentiels et 55% des soins à domicile. 56% de ces personnes étaient des personnes âgées.

Le nombre de personnes dépendantes vivant aux Pays-Bas va augmenter considérablement au cours des 50 prochaines années. Sur un peu plus de 1,2 million d'habitants vivant avec de fortes limitations dues à des problèmes de santé en 2013, une augmentation de 50% est envisagée jusqu'en 2060 pour atteindre un peu moins de 1,9 million. C'est une augmentation plus forte que dans l'ensemble de l'UE (50% vs 40%).

1/ SÉCURITÉ SOCIALE ET ASSURANCE SOINS DE LONGUE DURÉE

Le système de sécurité sociale néerlandais comprend deux types d'assurances sociales : le régime d'assurances nationales (*volksverzekeringen*), qui couvre toutes les personnes résidant de manière légale aux Pays-Bas, et le régime d'assurances pour les salariés (*werknemersverzekeringen*) qui couvre les employés au titre d'une activité professionnelle.

En plus de ces assurances, la protection sociale néerlandaise prévoit des prestations sociales pour les personnes à faibles revenus, qui visent à compléter leurs ressources jusqu'à un certain « minimum social ». Le système de sécurité sociale aux Pays-Bas est principalement financé par les cotisations patronales et salariales.

Assurance vieillesse

La Loi générale sur les pensions de vieillesse (AOW) garantit une pension nationale obligatoire (1er pilier), basée sur la résidence et servie dans le cadre d'un régime de retraite universel.

Cette loi a pour but de protéger par le biais d'une assurance obligatoire la population entière contre les risques financiers liés à la vieillesse. Il s'agit d'un système de retraite par répartition, financé par les cotisations et l'impôt, avec des prestations forfaitaires liées à la situation familiale du pensionné.

Assurance maladie

Une réforme majeure de l'assurance maladie a eu lieu en 2006. Elle n'a pas imposé de changement a priori à l'organisation des soins, mais s'est centrée sur le rôle de trois de ces acteurs : État, assureurs et assurés. L'Etat a transféré la responsabilité des soins aux assurances privées obligatoires, qui ont l'obligation d'accepter toutes les demandes d'adhésion en contrepartie d'une compensation financière des risques.

LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DES SOINS A ÉTÉ RÉPARTIE ENTRE QUATRE INTERVENANTS

État	soins de long terme et à haut risque
Assurance privée obligatoire	soins classiques
Assurance privée optionnelle	soins supplémentaires
Ménages	autres soins (8 % des dépenses de santé)

Assurance soins de longue durée

En 2006, l'État avait conservé la gestion directe des soins de long terme et à haut risque mais ce compartiment de soins représentait une part de plus en plus importante (30 %) des dépenses, soit en raison du vieillissement de la population, soit d'une tendance du système à transférer plus de malades dans ce secteur financé par le gouvernement. Il en est résulté un déficit de 3 milliards d'euros par an.

La réforme des soins de longue durée repose sur 4 piliers :

- Une réorientation normative : le gouvernement néerlandais a choisi d'axer la responsabilité des soins de longue durée sur la responsabilité individuelle, les aidants familiaux et les communautés locales.
- Un transfert de l'hébergement vers les soins à domicile : l'accès aux établissements d'hébergement est désormais limité aux personnes éligibles de par leur niveau de dépendance ou leur incapacité physique ou mentale à prendre soins d'elles-mêmes.

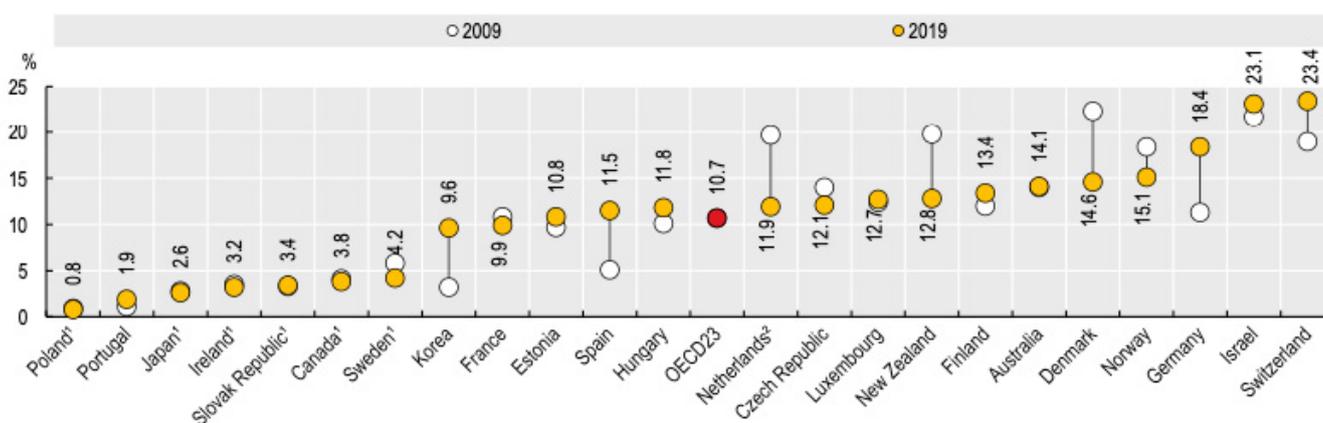
- Une décentralisation des soins à domicile : les soins non-résidentiels ont été confiés aux municipalités et aux assurances.
- Une réduction des dépenses de soins de longue durée. Le budget des soins de longue durée a été réduit de 5% en 2015 par rapport à ce qu'il était en 2014 en anticipation des gains d'efficacité générés par la réforme.

La loi sur les soins de longue durée (Wlz) prévoit une assurance obligatoire basée sur la solidarité et cible un groupe plus restreint de personnes ayant des besoins élevés. Le montant de la cotisation s'élève à (9,65%) de l'impôt sur le revenu, avec un plafond de 33 589 euros. En plus de cette obligation d'assurance, il existe un co-paiement en fonction du revenu pour les adultes. Ce co-paiement varie si la personne dépendante vit à domicile ou dans un établissement de soins, est jeune ou âgée de plus de 65 ans, est célibataire, mariée ou à un partenaire domestique.

Toutes les contributions collectées en vertu de Wlz sont déposées dans un Fonds public pour les soins de longue durée, géré par l'Institut national de la santé. Le gouvernement central complète le fonds avec des fonds publics si ceux-ci sont trop bas.

2/ L'OFFRE DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Figure 10.13. Share of adults aged 65 and over receiving long-term care, 2009 and 2019 (or nearest year)



1. Includes only recipients of LTC in institutions. 2. 2018 data.
 Source: OECD Health Statistics 2021.

Gouvernance et réformes

En 2007, une réforme majeure du système néerlandais de soins de longue durée a été réalisée, avec l'introduction de la loi sur l'aide sociale (en néerlandais : "Wet maatschappelijke ondersteuning", Wmo). La réforme impliquait une décentralisation des responsabilités du gouvernement dans le domaine des soins de longue durée. La réforme de 2007 et le processus qui a conduit à son adoption a créé des tensions importantes entre le gouvernement néerlandais et les municipalités. Le gouvernement entendait rapprocher les soins de ses citoyens, tandis que les municipalités s'inquiétaient des coupes budgétaires imminentes dans l'exécution de leurs nouvelles responsabilités.

Le 1er janvier 2015, la dernière réforme néerlandaise des soins de longue durée est entrée en vigueur. La réforme de 2015 peut être considérée comme hybride, caractérisée d'une part par des mesures d'austérité destinées à préserver la viabilité financière à long terme du système néerlandais de soins de longue durée, et d'autre part par un débat normatif sur les valeurs publiques telles que la solidarité par rapport à la responsabilité individuelle. Plus concrètement, cette réforme implique une réduction des dépenses publiques consacrées aux soins de longue durée, une réorientation générale des soins résidentiels vers les soins non résidentiels ("désinstitutionnalisation" ou "extramuralisation"), une décentralisation

accrue des responsabilités en matière de soins non résidentiels du gouvernement national vers les municipalités, et une plus grande attention portée aux soins informels et à la participation sociale des citoyens vulnérables. La réforme de 2015 peut être considérée comme faisant partie d'une réforme " orientée vers le marché " (market oriented) plus durable du système de santé néerlandais en général, tendance qui a commencé en 1987 avec la proposition de la Commission Dekker d'introduire davantage de concurrence (réglementée) dans le secteur des soins. Comme le soulignent Maarse, Jeurissen & Ruwaard (2016), cette réforme orientée vers le marché visait à favoriser l'efficacité, à accroître la liberté de choix des citoyens et à renforcer la solidarité entre les citoyens, tout en défendant des valeurs publiques telles que l'accessibilité des soins, la qualité des soins et la viabilité financière du secteur de la santé et des services sociaux en général.

La réduction de l'implication directe des autorités nationales dans le système de santé et de soins de longue durée a commencé en 2014 par le transfert d'une partie des soins de longue durée vers une assurance sociale santé : les soins psychiatriques restent par exemple en assurance sociale santé pendant 4 ans au lieu de 1 an. Pour encourager le maintien à domicile des personnes handicapées ou âgées, les communes sont désormais responsables de l'aide à domicile, qu'elles gèrent comme elles l'entendent. Elles organisaient déjà la permanence des gardes des médecins généralistes, tenus d'y consacrer 50 heures par an. Enfin, le nombre des soins dont les prix sont négociés directement entre assureurs et fournisseurs, a été fortement augmenté (70 % des soins hospitaliers).

Concernant les soins de longue durée :

- les autorités locales (municipalités) sont chargées de la fourniture des soins et de l'évaluation des besoins, qu'elles élaborent à partir d'un entretien avec le citoyen. Les municipalités ont une grande marge de manœuvre pour évaluer les besoins des personnes âgées et y répondre. Il n'y a pas de critère de ressource pour accéder aux soins de longue durée.
- 31 bureaux de soins régionaux (zorgkantoren) sont chargés de fournir des soins achetés avec des fonds publics. Ces agences sont généralement des filiales indépendantes de l'assureur principal dans chaque région. Bien qu'elles disposent d'un budget contractuel, ces agences ne disposent pas de fonds propres (à l'exception des frais administratifs), les prestataires de soins sont directement payés par le fonds public général, sur la base de contrats passés avec les agences. Tous les tarifs des soins de longue durée sont réglementés par la Dutch Healthcare Authority (NZa). La NZa a fixé des prix maximaux, dans lesquels la négociation entre les centrales d'achat et les fournisseurs est autorisée.

Ressource : The impact of the long-term care reform in the Netherlands: an accompanying analysis of an 'ongoing' reform, Wesley Jongen, 2017



Financement des soins de longue durée

Une partie importante des soins de longue durée est financée par la loi sur les soins de longue durée (Wet langdurige zorg) au niveau national. Les contribuables paient une contribution basée sur leur revenu imposable. Le reste à charge dépend de la taille du ménage, du revenu annuel, de l'indication, des actifs, de l'âge et de la durée des soins. En 2015, les copaiements couvraient 8,7% du total des dépenses du régime de soins de longue durée obligatoire.

Grâce au financement fourni par une subvention globale du gouvernement national, les municipalités reçoivent une subvention globale du gouvernement pour offrir des soins à domicile, des aménagements de domicile, des soins de santé mentale préventifs ou des transports.

Le coût des soins en nature fournis par les prestataires de soins de santé financés par Wlz s'élevait à 17,3 milliards d'euros en 2017. Sur ce montant, 15,8 milliards ont été dépensés pour les soins en établissement et 1,6 milliard pour les soins à domicile.

Offre de soins

Depuis le milieu des années 90, les personnes éligibles aux soins de longue durée ont le choix entre l'accès à des services en nature ou à l'allocation d'un budget personnel pour l'achat de services de soins. L'explosion des coûts du régime budgétaire personnel, qui est passé de 413 millions d'euros en 2002 à 2,2 milliards en 2010, témoigne de la popularité de ce régime. Les prestations en espèce représentent 6,5% du budget consacré aux soins de longue durée.

L'offre de service en nature, destinés aux personnes âgées à domicile, est conçue par les municipalités pour la communauté et couvrent une gamme de services allant des activités de loisirs aux transports. Les allocations financières personnalisées sont individuelles. Elles peuvent inclure une assistance et un soutien à domicile, et même une rémunération des aidants.

Pour faciliter la vie des personnes âgées dans la communauté (plutôt que dans des structures d'hébergement collectives), le gouvernement encourage les municipalités, les associations de logement social et les établissements de soins à construire des logements adaptés aux besoins des personnes âgées.

Les soins de proximité accessibles contribuent également à aider les personnes âgées à être autonomes le plus longtemps possible. Pour y parvenir, un nouvel objectif est la création de réseaux de soins de santé locaux dans lesquels les médecins généralistes, les infirmières et les autres prestataires de soins coopèrent pour offrir des soins personnalisés aux patients.

Les soins de longue durée sont principalement fournis par des organisations privées à but non lucratif, y compris des organisations de soins à domicile, des foyers et des maisons de retraite. La plupart des soins palliatifs sont intégrés au système de santé et dispensés par des médecins généralistes, des prestataires de soins à domicile, des maisons de retraite, des spécialistes et des bénévoles.

Ressource : De l'EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) aux logements assistés : la leçon néerlandaise, Fany Cérèse, *Gérontologie et Société*, 2021/2

Résumé : Cet article vient analyser les différentes modalités d'accompagnement des personnes âgées dépendantes aux Pays-Bas, tant dans sa dimension sociale, organisationnelle que spatiale. Celui-ci se caractérise par une prégnance très forte de la logique « domiciliaire », avec une transformation progressive de l'offre ces quinze dernières années, marquée par la fermeture des structures d'hébergement médicalisées au profit de logements assistés. Peu à peu, et face à un contexte de pénurie de moyens, le gouvernement néerlandais a décidé une réorientation de la prise en charge des personnes qui avancent en âge, non plus centrée sur le soin mais sur la vie quotidienne. Il en ressort des solutions désirables, qui permettent le maintien du libre choix, le droit au risque et par là même le maintien du plaisir, de la qualité et du sens de la vie.



Eligibilité aux soins de longue durée

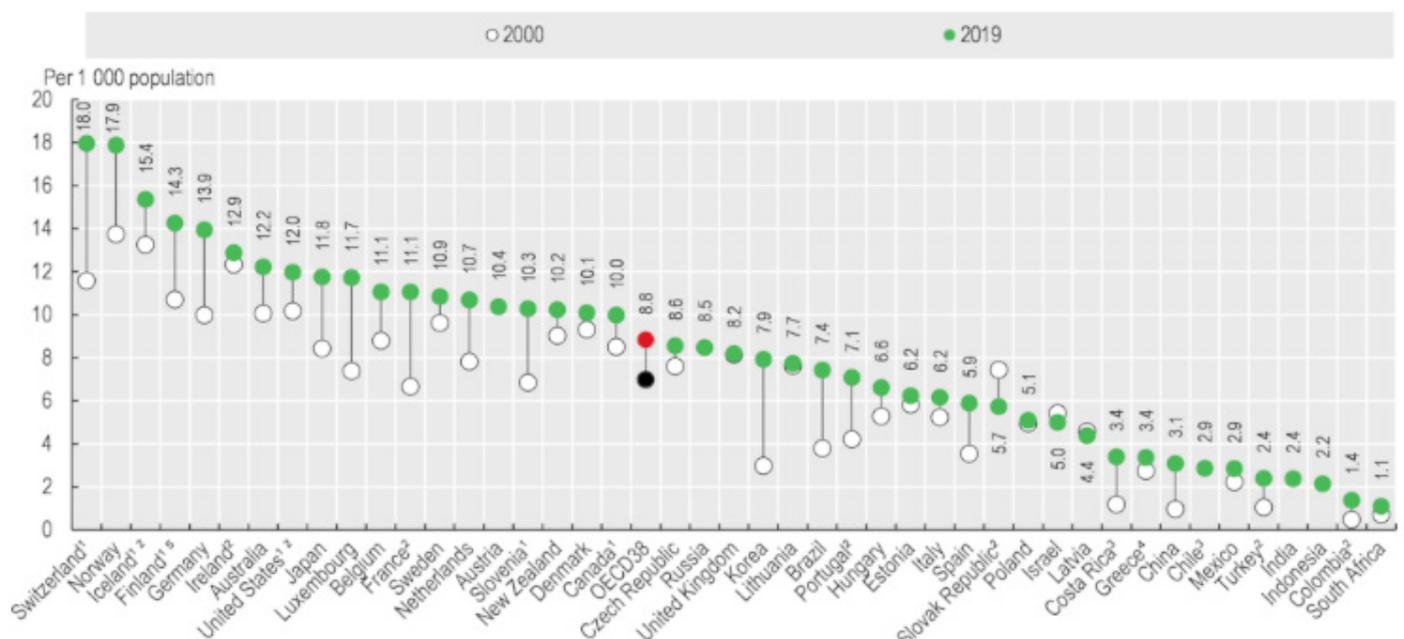
L'admissibilité des patients aux soins de longue durée est évaluée par un centre indépendant d'évaluation des soins (CIZ). Il n'y a pas d'incitations financières pour CIZ, qui n'a pas à assumer financièrement ses décisions, ce qui en garantit qu'il réalise des évaluations indépendantes, objectives et intégrales. Le centre décide si les patients ont droit à des soins de longue durée et à quel type de soins ils ont droit.

Une fois évalués, les personnes éligibles peuvent choisir de recevoir des soins en nature (en institution ou à domicile) ou un avantage en espèces («budget personnel») équivalent à peu près à 100% des coûts des soins en nature liés aux soins. Ils choisissent le type de prestation souhaitées et les agences locales sont chargées de fournir le type de soutien approprié et de déterminer la manière dont ce soutien doit être organisé.

FOCUS RH

Démographie soignante :

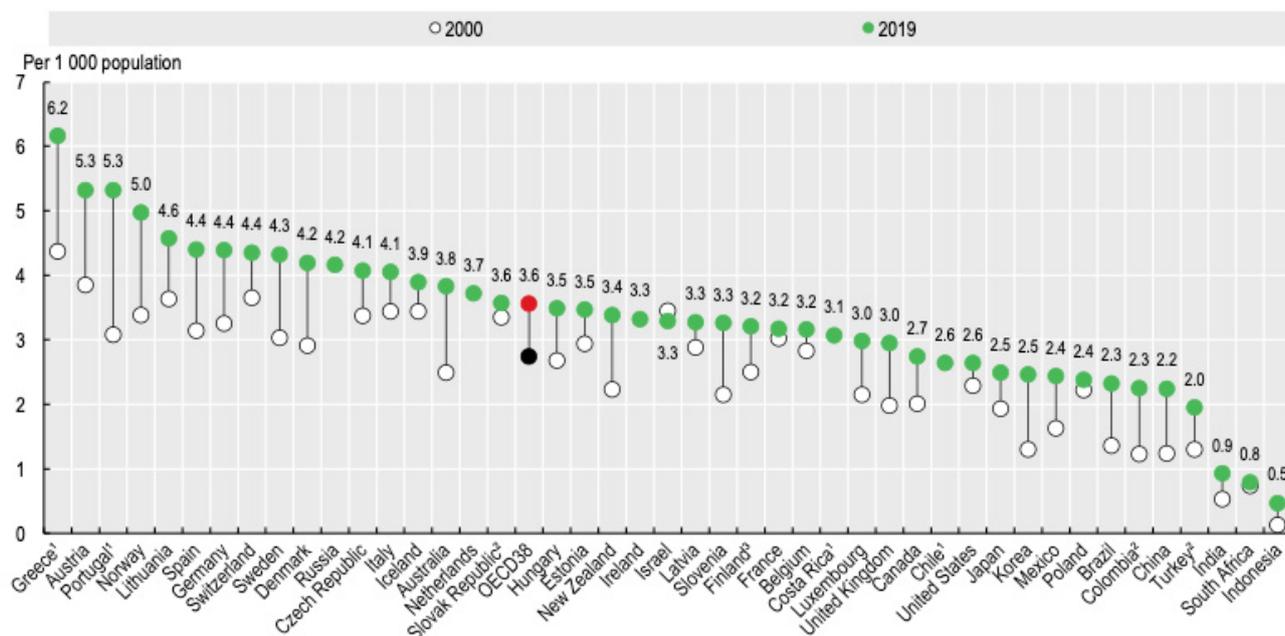
Figure 8.12. Practising nurses per 1 000 population, 2000 and 2019 (or nearest year)



1. Associate professional nurses with a lower level of qualifications make up about two-thirds of nurses in Slovenia; about one-third in Switzerland, Iceland, Finland and Canada; and about 18% in the United States. In Switzerland, most of the growth since 2000 has been in this category. 2. Data include nurses working in the health sector as managers, educators, researchers and similar. 3. Data include all nurses licensed to practise. 4. Data only refer to nurses employed in hospitals. 5. Latest data is from 2014.

Source: OECD Health Statistics 2021.

Figure 8.3. Practising doctors per 1 000 population, 2000 and 2019 (or nearest year)



1. Data refer to all doctors licensed to practise, resulting in a large overestimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30% in Portugal). 2. Data include not only doctors providing direct care to patients but also those working in the health sector as managers, educators, researchers and similar (adding another 5-10% of doctors). 3. In Finland, the latest data refer to 2014 only.
Source: OECD Health Statistics 2021.

LES COMPÉTENCES INFIRMIÈRES AUX PAYS-BAS

Il y a sept niveaux infirmiers aux Pays-Bas :

- **Aide-soignant de niveau 1 (MBO)** : travail dans les soins à domicile, les soins aux personnes âgées ou les soins aux personnes handicapées. Ces professionnels soutiennent les personnes dans leurs tâches ménagères et effectuent parfois des soins légers. Ils aident également les personnes accompagnées à vivre de manière aussi indépendante que possible. La formation dure un an.
- **Aide aux soins et au bien-être (MBO)** : travail avec les personnes âgées, les personnes handicapées, les toxicomanes ou les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Avec cette formation, ces professionnels peuvent personnellement prendre soin, soutenir et organiser des activités. La formation dure deux ans.
- **Niveau 3 Assistant de soins (MBO)** : ces professionnels fournissent des soins personnels et des soins infirmiers (des injections à la dispensation de médicaments). Ils élaborent également des plans de soins. La formation dure trois ans et avec quatre spécialisations différentes : les soins infirmiers et les soins à domicile, les soins aux personnes handicapées, les soins de maternité et les soins de santé mentale.
- **Infirmière de niveau 4 (MBO)** : ces professionnelles ont plus de responsabilités et doivent être capables de travailler de manière indépendante. Elles dispensent des soins complexes et guident les personnes dans la vie de tous les jours. Elles peuvent créer des plans de soins de manière indépen-

dante et décider de quels soins une personne a besoin. La formation dure quatre ans avec des spécialisations dans diverses industries du secteur des soins et du bien-être.

- **Infirmière de niveau 6 (HBO) :** Le système éducatif néerlandais n'a plus de niveau de soins infirmiers 5. Cependant, il y a le niveau 6 existe toujours. Avec cette formation HBO, l'exercice est possible dans différents secteurs : la psychiatrie, la maison de soins infirmiers, les soins à domicile, les soins aux jeunes, les centres de santé publique, l'ambulance, les soins aux personnes dépendantes et les soins aux personnes handicapées. Avec cette formation, les professionnels effectuent non seulement des soins infirmiers, mais réfléchissent également à l'organisation pour améliorer la qualité des soins. La formation dure quatre ans. Au cours de la troisième année, les étudiants peuvent se spécialiser dans les soins de santé généraux, la santé sociale, la santé mentale et les soins infirmiers, la gérontologie et la gériatrie.
- **Infirmière spécialiste de niveau 7 :** Avec le niveau 6 des soins infirmiers, un infirmier peut suivre un master à l'université pour devenir infirmier spécialisé. Ici, les professionnels entrent de manière indépendante dans une relation de traitement individuelle avec un patient. Elles posent un diagnostic et décident des interventions scientifiquement étayées. Cette position allie qualité des soins, innovation et recherche.

Ressource : les compétences des infirmiers en pratique avancée : <https://cstor.eu/venvnvs/2019/06/2019-06-25-Nurse-Practitioner-Professional-Competency-Framework.pdf>

Rémunérations :

Les rémunérations des soignants sont fixées par des négociations au niveau national. Ci-dessous la grille de salaire des infirmiers à compter du 1er mars 2022 :

Bijlage 1 Salaristabellen

Tabel 1 Salarisschalen VVT per 1 maart 2022 /periode 3*

FWG 5		
Leeftijd		Maandsalaris
16 jaar	WMJL	vervalt
17 jaar	WMJL	vervalt
18 jaar	WMJL	vervalt
19 jaar	WMJL	vervalt
20 jaar	WMJL	vervalt
21 jaar e.o.	WMJL	vervalt

FWG 10	Uurloon bijlage 2 art. 1.1 lid 20 sub a (1878)				
	Periodiek	Volgnr.	Maandsalaris	Periodesalaris	Uurloon
0		1	vervalt		
1		2	vervalt		
2		3	vervalt		
3		4	vervalt		
4		5	vervalt		

FWG 15				
Uurloon bijlage 2 art. 1.1 lid 20 sub a (1878)				
Periodiek	volgnr.	Maandsalaris	Periodesalaris	Uurloon
Aanlooperperiodiek 0	3	vervalt		
Aanlooperperiodiek 1	4	vervalt		
0	5	1.892,93	1.742,40	12,10
1	6	1.928,09	1.774,08	12,32
2	7	1.977,25	1.818,72	12,63
3	8	2.025,02	1.863,36	12,94
4	9	2.077,40	1.910,88	13,27
5	10	2.135,43	1.964,16	13,64
6	11	2.200,70	2.024,64	14,06
7	12	2.268,88	2.088,00	14,50
8	13	2.345,78	2.158,56	14,99

FWG 20				
Uurloon bijlage 2 art. 1.1 lid 20 sub a (1878)				
Periodiek	Volgnr.	Maandsalaris	Periodesalaris	Uurloon
Aanlooperperiodiek 0	5	vervalt		
Aanlooperperiodiek 1	6	vervalt		
0	7	1.977,25	1.818,72	12,63
1	8	2.025,02	1.863,36	12,94
2	9	2.077,40	1.910,88	13,27
3	10	2.135,43	1.964,16	13,64
4	11	2.200,70	2.024,64	14,06
5	12	2.268,88	2.088,00	14,50
6	13	2.345,78	2.158,56	14,99
7	14	2.422,65	2.229,12	15,48
8	15	2.493,78	2.293,92	15,93

FWG 25				
Uurloon bijlage 2 art. 1.1 lid 20 sub a (1878)				
Periodiek	Volgnr.	Maandsalaris	Periodesalaris	Uurloon
Aanlooperperiodiek 0	6	vervalt		
Aanlooperperiodiek 1	7	vervalt		
zij-instroomperiodiek	8	2.025,02	1.863,36	12,94
1	9	2.077,40	1.910,88	13,27
2	10	2.135,43	1.964,16	13,64
3	11	2.200,70	2.024,64	14,06
4	12	2.268,88	2.088,00	14,50
5	13	2.345,78	2.158,56	14,99
6	14	2.422,65	2.229,12	15,48
7	15	2.493,78	2.293,92	15,93
8	16	2.573,52	2.367,36	16,44
9	17	2.638,80	2.427,84	16,86

FWG 30				
Uurloon bijlage 2 art. 1.1 lid 20 sub a (1878)				
Periodiek	Volgnr.	Maandsalaris	Periodesalaris	Uurloon
Aanlooperperiodiek 0	6	vervalt		
Aanlooperperiodiek 1	7	vervalt		
zij-instroomperiodiek	8	2.025,02	1.863,36	12,94
1	9	2.077,40	1.910,88	13,27
2	10	2.135,43	1.964,16	13,64
3	11	2.200,70	2.024,64	14,06
4	12	2.268,88	2.088,00	14,50
5	13	2.345,78	2.158,56	14,99
6	14	2.422,65	2.229,12	15,48
7	15	2.493,78	2.293,92	15,93
8	16	2.573,52	2.367,36	16,44
9	17	2.638,80	2.427,84	16,86
10	18	2.717,16	2.499,84	17,36

FWG 35				
Uurloon bijlage 2 art. 1.1 lid 20 sub a (1878)				
Periodiek	Volgnr.	Maandsalaris	Periodesalaris	Uurloon
Aanlooperperiodiek 0	8	vervalt		
Aanlooperperiodiek 1	9	vervalt		
zij-instroomperiodiek	10	2.135,43	1.964,16	13,64
1	11	2.200,70	2.024,64	14,06
2	12	2.268,88	2.088,00	14,50
3	13	2.345,78	2.158,56	14,99
4	14	2.422,65	2.229,12	15,48
5	15	2.493,78	2.293,92	15,93
6	16	2.573,52	2.367,36	16,44
7	17	2.638,80	2.427,84	16,86
8	18	2.717,16	2.499,84	17,36
9	19	2.788,22	2.566,08	17,82
10	20	2.863,68	2.635,20	18,30
11	21	2.937,68	2.702,88	18,77

FWG 40				
Uurloon bijlage 2 art. 1.1 lid 20 sub a (1878)				
Periodiek	Volgnr.	Maandsalaris	Periodesalaris	Uurloon
Aanlooperperiodiek 0	10	vervalt		
Aanlooperperiodiek 1	11	vervalt		
zij-instroomperiodiek	12	2.268,88	2.088,00	14,50
1	14	2.422,65	2.229,12	15,48
2	16	2.573,52	2.367,36	16,44
3	17	2.638,80	2.427,84	16,86
4	18	2.717,16	2.499,84	17,36
5	19	2.788,22	2.566,08	17,82
6	20	2.863,68	2.635,20	18,30
7	21	2.937,68	2.702,88	18,77
8	22	3.010,21	2.769,12	19,23
9	23	3.084,18	2.838,24	19,71
10	24	3.159,64	2.907,36	20,19

In de tabel is het uurloon opgenomen op basis van 1878 uur Bijlage 2 artikel 1.1 lid 20 sub a. Dit geldt voor de berekening van vergoedingen/toeslagen en voor de berekening van het uurloon van het periodesalaris.

*Voor zover het wettelijk minimum (jeugd)loon niet hoger is.

BIBLIOGRAPHIE

- Health at a glance 2021, OECD :
https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en
- « Pays-Bas : un système de santé performant », Agnès Verdier-Molinié, Philippe François, P@ges Europe, 4 janvier 2017, La Documentation française © DILA.
<http://www.ifrap.org/emploi-et-politiques-sociales/pays-bas-un-systeme-de-sante-performant>
- Le régime néerlandais de sécurité sociale (salariés)
https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_paysbas_salaries.html
- The Netherlands, The Commonwealth Fund Foundation
<https://international.commonwealthfund.org/countries/netherlands/>
- The European Health System and Policy Monitor :
<https://www.hspm.org/countries/netherlands25062012/countrypage.aspx>
- The policy And politics Of the 2015 long-term Care reform In the Netherlands, J.A.M. (Hans) Maarse, P.P. (Patrick) Jeurissen, Health Policy 120 (2016) 241–245
- An excerpt from the Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability, published by the European Commission in October 2016 as Institutional Paper 37Volume 2
- No place like home – a report by Gupta Strategists <https://gupta-strategists.nl/studies/no-place-like-home>
- De l'EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) aux logements assistés : la leçon néerlandaise, Fany Cérèse, Gérontologie et Société, 2021/2 ;
<https://www.dropbox.com/s/8r3g2hjr7545f47/Vieillir%20chez%20soi%20aux%20Pays-Bas%20-%20G%C3%A9rontologie%20et%20soci%C3%A9t%C3%A9.pdf?dl=0>
- The impact of the long-term care reform in the Netherlands: an accompanying analysis of an 'ongoing' reform, Wesley Jongen, 2017 ; <https://cris.maastrichtuniversity.nl/ws/portalfiles/portal/7345428/c5595.pdf>

COMPTE-RENDU DES VISITES

VISITE #1 :

VILANS / LE SYSTÈME MÉDICO-SOCIAL AUX PAYS-BAS



Intervenante : **Anneke AUGUSTINUS**, Directrice des programmes à VILANS
Programme : **Présentation du système médico-social des Pays-Bas, discussion**
Adresse : **Churchillaan 11, 3527 GV Utrecht**
Site internet : **<https://vilans.nl/>**

Aujourd'hui, 1 employé sur 6 travaille dans le secteur des soins. A l'avenir, en 2040, si rien ne change, il faudra que ça monte à un sur 4. Et ce n'est pas possible. C'est pour ça qu'il faut que l'organisation des soins change.

Vilans est une organisation dédiée au savoir dans les soins et le soutien aux personnes dépendantes. Il fait le lien entre les universités / la recherche et les personnes qui délivrent des soins. Beaucoup de connaissances sont très complexes et ne peuvent pas être appliquées sur le terrain. En faisant cette passerelle, il aide à améliorer la qualité des soins.

Ses missions :

- Rassembler les connaissances, identifier les connaissances nécessaires sur le terrain et recherches de réponses
- Enrichir et valider : rendre les connaissances plus accessibles, engager des études pour créer de nouvelles connaissances.
- Diffusion et application : webinaires, congrès, cours en ligne, formations...
- Connexion auprès des équipes et établissements et aide à la transformation.

Un enjeu : la soutenabilité du système de soins de longue durée aux Pays-Bas

Le système repose sur des valeurs partagées par la population et les pouvoirs publics : fournir des soins de bonne qualité, accessibles et à un coût raisonnable.

Pour ce faire, il y a trois piliers :

- Ressources Humaines
- Responsabilité personnelle (résident et famille)
- Solidarité

Le contexte / c'est une demande de soins accrue avec une pénurie de professionnels. Ce contexte fragilise tout le système.

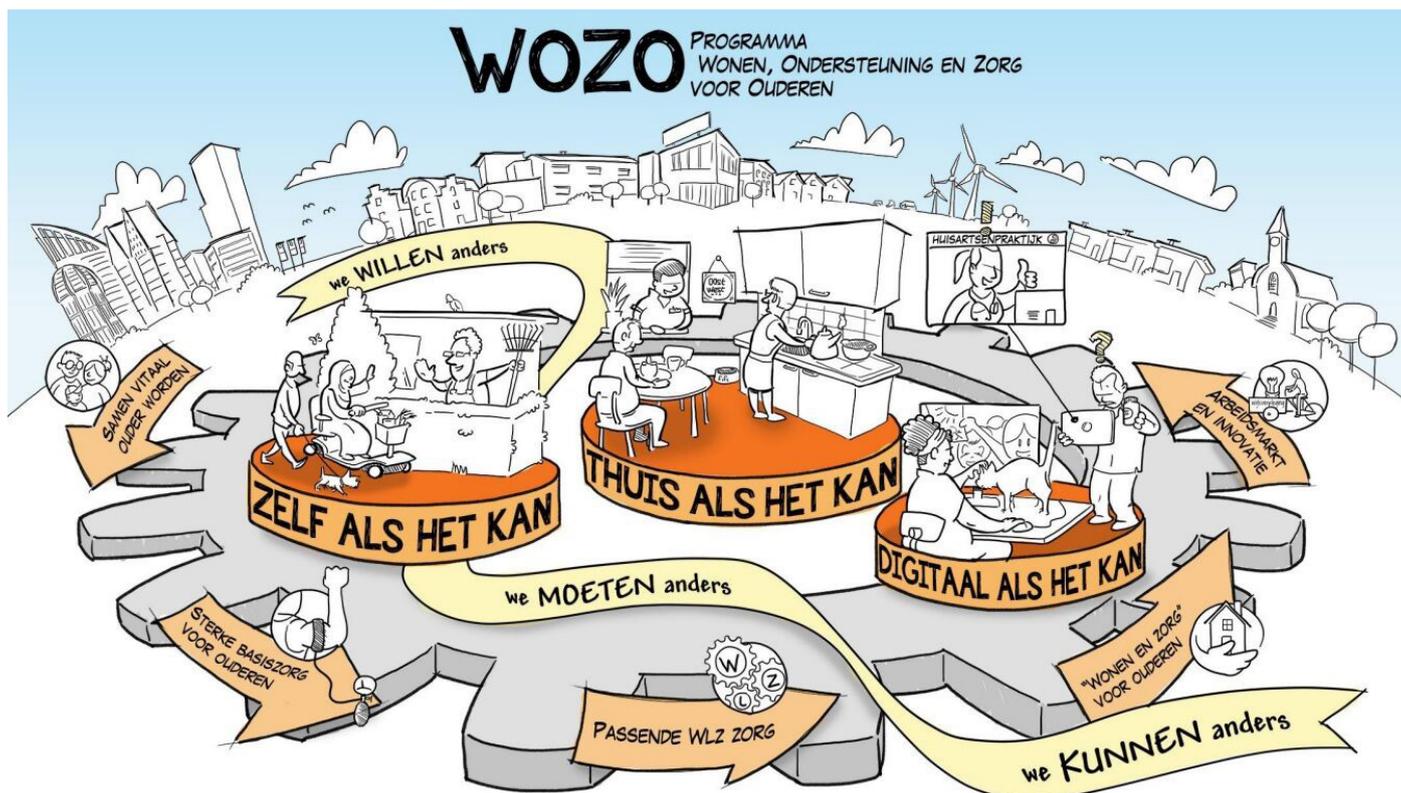
L'objectif / c'est d'accompagner plus de personnes en leur fournissant des soins de bonne qualité mais avec moins de personnel.

L'Agenda 2040 (WOZO) a été élaboré pour faire face à ces enjeux, en définissant 3 axes prioritaires :

- **Prévention et qualité de vie :** il faut une prise de conscience des personnes qui vieillissent et réflexion anticipée (les décisions ne doivent pas se prendre au moment où les besoins en soin commencent). Cela nécessite pour tout un chacun de :
 - Développer un réseau social solide
 - Déménager dans un environnement adapté
 - Avoir un mode de vie sain
 - Proposer des soins positifs et respecter les souhaits des personnes.
 - Avoir des conversations difficiles : est-ce qu'on privilégie la qualité ou la durée de la vie.
- **Déplacement des soins :**
 - Pour que le système soit soutenable, il faut que les soins aient de plus en plus lieu à domicile.
 - Il faut créer et animer des réseaux qui se chargent des soins dans la société. Les soins informels doivent se développer : aidants, réseau social, société.
 - Il est nécessaire d'accepter qu'il y ait des risques.
- **Remplacement des soins :**
 - Technologies : téléconsultations, lien social avec la famille, télésurveillance, robots pour les activités,

Le programme politique s'articule ainsi :

1. Vieillesse active et indépendante
2. Soins appropriés pour les personnes âgées
3. Logement et soins aux personnes âgées
4. De bons soins de base dans le quartier
5. Innovation et marché du travail



L'encouragement de la transition prend plusieurs formes : pour accéder aux soins de longue durée, il faut avoir une indication / évaluation. Sinon ce n'est pas financé et impossible d'accéder aux structures. Il y a une discussion sur ce que la personne peut faire toute seule avec son réseau (technologies, proches, réseau social...) et ce que la collectivité vient compléter. Ce n'est plus basé simplement sur le handicap.

L'Etat stimule également l'habitation intergénérationnelle via des subventions. Dans le règlement de subvention, il est prévu que les autres habitants doivent s'engager à prendre soins de leurs aînés à hauteur de plusieurs heures / demi-journées par semaine.

Focus sur le logement et soins aux aînés

- Adaptation du cadre qualité : évolution au nouveau contexte y compris suppression des ratios de personnel qualifié.
- Capacité supplémentaire : séparation du logement et des soins. Il faut créer plus d'habitations adaptées aux personnes âgées. Le modèle des EHPADs est rejeté au profit d'habitats groupés. C'est le concept de soins dans le lieu de l'habitation.
- Intégration d'initiatives inter-domaine (établissements de soins de longue durée, municipalités, sociétés d'habitats à loyer modéré...)
- Soins appropriés autour de 4 principes de base :
 - Les soins appropriés sont des soins qui fonctionnent à un prix raisonnable.
 - Des soins appropriés signifient que le patient et le soignant décident ensemble.
 - Des soins appropriés sont organisés le plus près possible du patient.
 - Les soins appropriés ne concernent pas seulement la maladie, mais aussi la santé et l'autonomie.

- Marché du travail et innovation : création de nouveaux métiers (Blijwerkers, personnels qui rendent heureux en faisant des promenades, en discutant... Ce sont des activités qui ne requièrent pas de qualification et qui permettent donc le recrutement). L'objectif est de réduire le fardeau administratif (notamment lié à l'enregistrement de données sur l'activité). Il faut avoir confiance plutôt qu'être dans le contrôle et la méfiance.

Financement : l'assurance dépendance (à laquelle tout le monde cotise) paye un coût fixe à tous les établissements. Les personnes prises en charge payent une franchise (versée directement à l'Etat) en fonction de leur revenu et de leur patrimoine. Il y a des établissements privés où on paye son loyer et les services mais les soins sont toujours payés par l'assurance quand il y a une indication. Le niveau de financement des soins dépend de l'évaluation réalisée (indication).



VISITE #2 :

DAGELIJKS LEVEN[Lien vers la présentation](#)

Intervenant : **Jeroen KLEINJAN**, Directeur Général de Dagelijks Leven
Programme : **Présentation de l'organisation et de son concept de soins, discussion**
Adresse : **Kanaal Zuid 145, 7327 AA Apeldoorn, Netherlands**
Site internet : <https://dagelijks-leven.nl>

Il existe trois systèmes aux Pays-Bas :

- Résidence de soins – contribution plus élevée mais tout est compris
- Logement soutenu : loyer payé par le résident et soins par l'assurance dépendance
- Domicile : soins payés par l'assurance dépendance.

Dagelijk Leven (DL) accompagne des personnes qui vivent avec la maladie d'Alzheimer.

L'organisation a démarré en 2015 avec la première résidence et en 2023 il y en a 91 sur tous les Pays-Bas toutes un peu différentes avec des principes communs. L'objectif est 150 à 200 car il y a beaucoup de demandes. Les établissements comptent 2.000 studios et 1.780 employés (FTE).

L'appréciation par les clients est très élevée (9,4 en 2022), ce qui est très importante dans la mesure où les établissements à but lucratif ne sont autorisés aux Pays-Bas que depuis quelques années.

Les résidents payent un **loyer** (incluant les services) pour un studio avec une salle de bains et les soins (y compris les repas) sont payés par la police d'assurance (en contrepartie d'une contribution que la personne verse à l'Etat). Le positionnement de DL est vers des personnes à faible revenus et les loyers s'élèvent à 820€ par mois.

Ce niveau de loyers implique d'avoir des frais de construction faibles (donc ils s'installent dans des régions où c'est possible). Ils ont 3 ou 4 entreprises de construction partenaires et ne travaillent qu'avec des conceptions standard avec des plans détaillés pour maintenir le budget limité.

Le **budget de construction** d'une résidence est de 4 millions d'euros dont l'achat du territoire (en général 400.000€ pour le terrain). Le modèle est tellement standardisé qu'ils peuvent commencer à construire en deux mois après l'autorisation de construction. Deux professionnels se chargent à temps plein de négocier des permis de construire. 10 résidences construites par année.

Les **plans** des résidences de DL sont standardisés:

- 21 studios avec une salle de bains (dans lesquels des couples peuvent résider)
- 2 salons
- 1 espace d'activité
- 1 cuisine avec des cuisiniers (et la possibilité pour les résidents d'aider à la cuisine)
- 1 salle d'activité
- 1 jardin
- 1 bureau de soins / administratif

Equipe : environ 20 temps plein par résidence toutes compétences comprises (employé de services, cuisinier, manager, auxiliaires, infirmiers, etc.). 1 professionnel est présent 24/7. Il y a des bénévoles qui interviennent. Un coach et un médecin supervisent chaque résidence.

Aux Pays-Bas, les soins comprennent les médicaments et les aides liées à la démence. Tout le reste c'est le bien-être. Au moment le plus actif il peut y avoir 5 professionnels présent en même temps. Et tous doivent faire un peu de tout. Le jardinier et l'hôtesse de maison contribuent, et l'infirmière peut faire des jeux et mettre quelqu'un au lit. Il y a un seul rôle fixe, un soignant qui peut gérer les médicaments. Le reste circule autour.

Important : comme les personnes sont chez elles, leurs proches sont les bienvenus et peuvent aider.

Ce sont des résidences ouvertes mais il y a une grille autour du jardin et un système électronique pour les résidents les plus perturbés. Une option est possible pour des capteurs et des GPS.

Concernant la partie **soins**, il faut une indication pour autorisée l'entrée dans l'établissement. Cette indication est distribuée par une organisation centrale (CiZ). Elle établit le niveau de soins auquel un résident a droit. L'évaluation a lieu entre 2 et 6 semaines après la demande. A DL ils bénéficient de soins liés à la démence. 99% des résidents décèdent au sein des résidences sans avoir à déménager en fin de vie. Un calcul est réalisé pour les besoins et une moyenne est faite pour la résidence. L'établissement reçoit directement la compensation soins de l'assurance dépendance. Un plan de soin est établi par personne et chaque résident a un dossier comprenant son parcours de vie. Si l'état de santé de la personne évolue, les personnes restent hébergées. Le seul motif de départ à part le décès c'est le déménagement ou des troubles du comportements extrêmes.

► **Le budget soins par jour et par habitant s'élève à 275€ (environ 8.500€ par mois)**

Le principe d'organisation au sein des résidences est de respecter le rythme de vie des résidents, s'appuyer sur les compétences restantes, etc. Le but est de coller au maximum à la vie quotidienne précédente.

Stratégie de DL aux Pays-Bas

- Développer et opérer des petites unités de vie en cluster privées.
- Avec le concept 24/7 DL-care concept
- Offrir des soins Alzheimer grâce à un contrôle qui se concentre sur :
 - Excellente qualité des soins – cadre de qualité des Pays-Bas.
 - Equipes formées et motivées (6,5% overhead)
 - Des loyers accessibles dans des beaux sites
 - Lean and mean HQ management – Tous les managers suivent un tableau de suivi très simple permet de suivre : « power bee hive » de microsoft. Il y a peu de données mais elles sont justes.
 - Standardisation des opérations – même budget pour toutes les unités, dans un parallèle avec le système de Mc Donalds.
 - Lean and mean real estate development

Les fonctions support sont centralisées (RH, qualité/sécurité, marketing, facility management, IT, finances, patrimoine immobilier, DL academy...)

Le **modèle médical de DL** est le suivant :

- **Premier modèle :**
Infirmier / soignant -> Médecin de famille (soins somatiques) -> gériatre / infirmier spécialisé // psychologue (soins psychologiques)
- **Deuxième modèle (du futur):**
Infirmier ou soignant -> super infirmier / assistant médical -> médecin de famille / gériatre / psychologue
Ce modèle est plus facile à mettre en œuvre (il est plus facile de recruter ou de former des « superinfirmiers » et ils réalisent 80 à 90% du travail et ne sollicitent le médecin de famille qu'en cas de besoin. Ce modèle est aussi moins cher et offre un meilleur service aux habitants car les infirmières ont plus de temps, se connectent mieux avec eux.

Les **résultats** de DL sont très positifs :

La qualité est bonne : CTO de 8,7 et NPS de 62

Financièrement c'est aussi très positif : chiffre d'affaire qui croit tous les ans avec un bon rendement. Les actionnaires sont très satisfaits.

Les **développements** prévus par DL sont :

- La mise en place du nouveau modèle médical.
- DL at home : Ouverture de plus de structures avec ces studios qui prennent en charge les personnes à domicile (la résidence sert de hub de services). La structure viendrait apporter un soutien social et un appui aux personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer.

VISITE #3 :

ZORGSPPECTRUM HET ZAND

Intervenante : **Moniek BELTMAN**, Directrice innovation en santé à Zorgspectrum Het Zand
Programme : **Présentation de l'organisation, visite des installations, discussion**
Adresse : *Hollewandsweg 17, 8014 BE Zwolle*
Site internet : <https://hetzand.nl/locaties/7/zandhove>

Zorgspectrum a 6 centres d'hébergement. La plus grande accueille 180 clients. C'est une grande parcelle de terrain et de l'autre côté il y a une ferme de soins où travaillent 32 résidents plus jeunes que 65 ans.

L'organisation propose des soins à des groupes cibles spécifiques, des personnes avec des troubles psychiatriques, des séquelles cérébrales acquises, des rééducations et un hospice à petite échelle qui propose des soins palliatifs intensifs.

4 autres centres situés à 15 à 20 minutes de distance, dans des villages, qui proposent des soins pour aînés plus traditionnels. Chacun accueille 150 à 200 clients, souvent avec une démence ou des problèmes physiques.

Sur tous les sites, l'environnement joue un rôle très important. Ce sont des lieux très verts, avec des animaux et un accès à la forêt, à une mare, à un parc... Beaucoup de clients ont une histoire agricole ou l'habitude de marcher dans la nature. Sur tous les sites, l'équipe essaye d'utiliser le jardin, les potagers, des espaces verts sensoriels et protégés.

L'innovation est un sujet important. Les cas deviennent de plus en plus lourds et complexes alors que le nombre de personnels reste le même. L'équipe recherche de nouvelles manières de proposer les soins. Une innovation très importante c'est l'utilisation d'IT :

- Capteurs dans les appartements des clients, qui déclenchent des alarmes. Il y a des alarmes de mouvement (sortie de la pièce, du lit, de chute ou une alarme qui notifie que quelqu'un n'est pas rentré dans sa chambre). Ça permet une liberté de mouvement mais sécurisée.
- Géolocalisation : Les clients ont une sonnette à leur cou ou autour du poignet et sur la plupart des sites l'établissement travaille avec des cercles de vie : un périmètre dans lequel les personnes peuvent circuler librement. Au-delà une alarme se déclenche. Cela permet d'éviter les portes fermées pour tous les clients. A certains endroits il est possible de régler la porte pour qu'elle soit ouverte mais que le soignant reçoive une notification quand le client quitte les lieux. Un certain nombre de clients peuvent sortir du site. Certains ont un GPS pour suivre leurs mouvements ou contacter l'équipe en cas de besoin.
- Robotique pour distribuer les médicaments
- Matériel d'incontinence intelligent
- Chiens et chats robots
- Track and trace sur des moyens matériels d'aide

Résidence Het Zand

Le site comprend deux parties de vie avec 4 départements à l'arrière et 4 à l'avant. Le restaurant est le cœur du bâtiment. Les unités au rez-de-chaussée sont ouvertes sur l'extérieur.

Chacun des départements organise un diner collectif dans le restaurant, où les clients sont servis par des serveurs.

Il y a une cuisine centrale à l'arrière et des résidents qui cuisinent plusieurs fois par semaine dans leur unité de vie.

Accompagnement avec des activités : menuiserie, jardin potager, activités créatives, sorties en groupe et en individuel, « usine » de fabrication de bougies, réflexion pour faire participer certains clients dans le restaurant, etc.

Il y a beaucoup d'échanges entre sites pour des soins mais aussi pour utiliser le bain thérapeutique ou boire un café dans le pavillon du thé. Il y est possible de cuisiner collectivement.

Des bénévoles accompagnent les clients, en individuel ou en groupe.

Des collaborations avec des écoles primaires ont aussi lieu. Dans le domaine, il y a un circuit mouvement qui a été conçu avec les écoliers. Les habitants et leurs enfants ont dessiné des animaux présents dans la nature et ils ont imaginé des exercices qui sont couplés avec ces animaux. Il y a aussi des activités de pêche, des activités pour le quartier, des sorties dans la nature, une conférence sur les étoiles... La nature est un sujet qui permet de connecter les personnes.

Les animaux sont les bienvenus sous condition que les personnes puissent s'en occuper eux-mêmes. De nombreux bénévoles viennent avec leurs animaux et la ferme a plusieurs animaux. Il y a aussi plusieurs volières.



Financement

- Pour les **clients hébergés**, il y a un budget global par patient qui couvre tout (personnel, médicaments, repas...). Chaque client a une indication qui est déterminée par une organisation externe. Cette indication définit le budget par patient. Les unités de vie de 8 clients ont un budget qui additionne ces budgets. Les fonds du gouvernement proviennent des impôts. Chaque personne paye une contribution en fonction de son revenu et de son patrimoine.

Le tarif à la journée varie selon l'indication. L'indication va de 1 à 10 où 10 est les soins palliatifs.

Quand il y a besoin de plus de soins, une demande de réévaluation est formulée au CiZ. L'infirmière et le médecin font une demande de réindication en précisant la situation : aides nécessaires, soins spécifiques infirmiers... C'est un dossier envoyé au CiZ qui permet de relever l'indication.

Au-delà de ça il y a aussi des possibilités de financement en plus pour les soins selon la situation des patients. A Zwolle, il y a un groupe très spécifique du fait que c'est un centre d'expertise pour des dommages cérébraux acquis. Pour ce qui est de la psychiatrie des personnes âgées, il y a des groupes spécifiques où il y a des problèmes de comportement. Dans ce cas le financement avec l'indication courante est insuffisant. Il faut demander des fonds complémentaires.

- **Soins à domicile** : Dans d'autres sites il y a aussi des soins dans le quartier, qui passent par des assurances spécifiques. On paye des primes qui donnent droit à des soins avec des franchises et un contenu moins complet. Les soins sont minutés (par exemple 8 minutes pour mettre des bas de contention). Il y a des indications spécifiques pour les soins à domicile, qui sont délivrées par les établissements. Les infirmières prescrivent des indications en remplissant un formulaire qui précise les soins dans la personne a besoin. Il y a une liste de points d'attention par semaine et tous les jours l'aide-soignante va venir effectuer ces actes. A la fin du mois, l'organisation est payée pour toutes ces actions. Les assurances demandent de plus en plus de remplacer ces actions par des nouvelles technologies. Il y a un tarif horaire par indication. L'indication est 3 heures de soins par jour pour les patients accompagnés à domicile. Plus l'indication est élevée, plus le nombre d'heures passées avec le client est élevé.

En moyenne, 10 minutes c'est 20€.

Les bénévoles sont très importants dans le fonctionnement. Sans les bénévoles les clients seront soignés mais n'auront plus les attentions personnelles et les activités. Le bien-être est beaucoup assuré par les bénévoles. Il arrive aussi que des aidants participent aux soins de base pour leur proche.

VISITE #4 :

THE HOGWEYK DEMENTIA VILLAGE

Intervenants : **Janette SPIERING**, Conseillère Senior à BeAdvice & **Iris VAN SLOOTEN**, Conseillère à BeAdvice
Programme : **Présentation du village, visite des installations, discussion**
Adresse : **Heemraadweg 1, 1382 GV Weesp**
Site internet : **www.hogeweyk.dementiavillage.com**

De Hogeweyk dementia village est un établissement d'hébergement spécialisé pour les personnes avec une démence avancée. Aux Pays-Bas :

- 85% des personnes âgées vivent avec la maladie d'Alzheimer à domicile avec le soutien de leurs proches et un accueil de jour.
- 15% ne peuvent rester à domicile et ont besoin d'un soutien 24/7.

A De Hogewyk il n'y a que les personnes qui ne peuvent plus vivre à domicile. Ils reçoivent une indication d'une organisation centrale qui leur permet d'accéder à des services d'hébergement. De Hogeweyk ne peut accueillir que des personnes avec un profil de soin de niveau 5 : niveau de démence sévère, besoins de soins intensif et personnes entièrement dépendante d'autrui.

► **Beaucoup pensent que des personnes avec ce profil sont complètement dépendantes mais ici au sein du village ils peuvent se promener, participer à la préparation des repas, discuter...**

La durée moyenne de séjour est de 2 ans et demi et les personnes sont accueillies jusqu'à leur décès. Ils ne vont pas à l'hôpital sauf si c'est vraiment indispensable par exemple pour une opération. Les soins palliatifs sont réalisés au sein du village.

Le Hogeweyk care concept repose sur :

- Un changement de culture dans le soin pour les personnes avec une démence avancée
- Une transformation radicale de l'idée qu'on a des établissements pour aînés
- Une émancipation des personnes vivant avec la maladie Alzheimer
- Un focus sur la santé vécue et la qualité de vie
- Un engagement pour la liberté

Les personnes qui vivent avec la maladie d'Alzheimer sévère sont un challenge pour les établissements d'hébergement traditionnels : en effet, ces personnes créent (et subissent) du stress et de la confusion. Le comportement des soignants et l'environnement influencent les symptômes et peuvent les exacerber.

A De Hogeweyk, le modèle social remplace le modèle médical. On se concentre sur les possibilités et pas sur les handicaps. On ne parle plus de malades, de patients, de déments mais de personnes avec des capacités même s'ils vivent avec une démence sévère.

Les personnes qui vivent avec la maladie d'Alzheimer n'ont pas envie qu'on leur retire leur vie et qu'on les laisse s'asseoir passivement dans un fauteuil jusqu'à leur mort.

Les actions :

1/ Désinstitutionnaliser

Les soignants des maisonnées du village ont de multiples rôles : faire les repas (il n'y a plus de cuisine centrale), faire les courses dans le magasin du village (plus d'entrepôt central ni de livraisons / logistique). Le magasin est une manière très efficace d'organiser la logistique et d'économiser du budget qui peut être redirigé vers les soins. Chaque maisonnée a un budget qui est géré par l'équipe

2/ Transformer en lieu de vie qui propose de bons soins.

3/ Normaliser

L'organisation en maisonnée permet de vivre en petit groupe et pas grand collectif et de mener des activités normales de la vie quotidienne. Les habitants ont la possibilité de faire des choix.

7 piliers de la qualité de vie :

- ▷ Style de vie
- ▷ Santé
- ▷ inclusions sociale et émancipation
- ▷ liens et réseau amical / professionnel
- ▷ organisation
- ▷ plaisirs de la vie,
- ▷ environnement esthétique et de qualité,

Focus sur les 4 styles de vie à De Hogeweyk: les personnes rejoignent des maisonnées en fonction de leur histoire, leur éducation, leurs habitudes de vie...

- urbain
- traditionnel
- formel
- cosmopolite

Focus sur les principes d'aménagement :

- différenciation entre les espaces publics et privés
- ouverture d'espaces collectifs qui encouragent les déplacements dans le village (théâtre sur la place centrale, ateliers délocalisés...)
- offre d'un choix entre les différents espaces (terrasses, recoins...)

Focus sur les plaisirs de la vie :

Les activités et la vie quotidienne s'adaptent aux goûts des personnes : café, bar, restaurant, théâtre... jardinage, lecture, discussion...

Focus sur la santé :

Les habitants ont un profil de soins 7 dont une démence lourde. 40% des habitants du village se déplacent en fauteuil roulant, et quasiment 100% sont accompagnés jusqu'à la fin de vie.

Sur les 188 habitants, seuls 2 résidents sont alités (et vont sans doute bientôt décéder). L'objectif est de maintenir la qualité de vie le plus longtemps possible (physique, mentale, spirituelle...). La dernière phase de vie est très courte (4 jours d'alitement en moyenne).

Le spécialiste en démence fait le point à l'admission sur les traitements et la manière d'optimiser la qualité de vie. Souvent ça veut dire d'arrêter les traitements (par exemple le médicament contre l'hypertension qui augmente le risque de chute). Il y a beaucoup moins de médicaments donnés à De Hogewijk qu'ailleurs. Aux Pays-Bas, l'objectif n'est pas de prolonger la vie à tout prix mais de favoriser la vie dans de bonnes conditions. C'est une philosophie différente. Il n'y a aucune perfusion, aucune alimentation par sonde... C'est un processus naturel que le corps s'arrête à un moment et refuse de manger ou de boire. L'équipe pluridisciplinaire vérifie qu'il n'y a pas de problème physique (dents ou autres) et s'il n'y a rien on ne prolonge pas la vie médicalement. Les soins de confort et de support prennent le relais, avec une démarche de réduction de la douleur.

Cette démarche n'a rien à voir avec l'euthanasie. La sédation n'accélère pas le processus de décès. Aux Pays-Bas, l'euthanasie est possible avec un processus très protecteur. Il faut argumenter sa situation (notamment sur le fait qu'il n'y a aucune chance de guérison). Il y a 8000 euthanasies par an et la majorité c'est pour des cancers. Il faut que le patient soit en capacité de dire « oui je le veux » au moment de l'injection. Et ce n'est pas compatible avec la démence avancée. Quelqu'un qui aurait dit régulièrement devant notaire ou sur papier qu'ils ne veulent pas vivre avec une démence peuvent avoir accès à l'euthanasie s'ils sont en souffrance pourraient avoir accès à une euthanasie. Il y a eu 200 cas de personnes démentes euthanasiées en 2022. C'est un médecin spécialisé des Pays-Bas qui pratique l'euthanasie.

Focus sur la vie active et la santé.

Il y a un important réseau autour des habitants qui permet de maintenir une vie active : familles, bénévoles et professionnels.

En ce qui concerne les professionnels, les équipes dans les maisonnées de 7 résidents sont composées de 2 professionnels. L'infirmier/aide-soignant peut donner les médicaments. La maîtresse de maison s'occupe du fonctionnement de la maisonnée et de l'ambiance.

Souvent les habitants prennent leur petit déjeuner en décalé et les autres repas ensemble. Pendant la journée ils ont chacun leur agenda en fonction de leurs activités. Les professionnels ne mangent pas avec les habitants car ces derniers ont besoin de beaucoup d'assistance mais en général les familles mangent au restaurant avec leur proche. Ils peuvent manger dans la maisonnée si besoin.

L'équipe pluridisciplinaire vient en soutien quand c'est nécessaire : infirmier en pratique avancée, gériatre, psychologue, kiné, social coach / dementia care, ergothérapeute.

La nuit il y a 7 professionnels pour tout le site. Des capteurs permettent de détecter les incidents.

Il y a 80 bénévoles au total avec 5 profils en fonction de leurs appétences.

Focus sur le modèle économique :

De Hogeweijk est une organisation à but non-lucratif, un établissement d'hébergement parmi les 2000 des Pays-Bas. De Hogeweijk est payé par le budget national (lié aux assurances / cotisations). C'est le budget soins qui est le même pour tous : 280€ par jour ou 100.000€ par an. Les résidents payent entre 175€ par mois pour ceux qui touchent le minimum vieillesse jusqu'à 2500€ pour les plus aisés. Le budget tout compris s'élève à 24 millions d'euros.

VISITE #5 :

FERME DE SOINS WEET HOE JE LEEFT

Intervenant : **Jolanda VAN ADRICHEM-ZWINKELS**, Directrice & **Ciska VAN RIJN**, Administratrice
Programme : **Présentation de l'organisation, visite des installations, discussion**
Adresse : **Stichting Weet hoe je leeft! Linnaeusweg 15 1331 AA Almere Buiten**
Site Internet : **<https://www.weethoejeleeft.nu>**

L'association Weet Hoe Je Leeft gère une serre qui accueille des personnes nécessitant des soins. Elle a été fondée en 1998 par Jolanda pour répondre aux besoins de son fils et a reçu un gros succès. Elle est devenue une fondation en 2013. Il y a une phrase interdite : « ça ne va pas marcher ». L'objectif c'est de réaliser les rêves de toutes les personnes accueillies, avec eux.

La serre travaille beaucoup avec des matériaux de récupération qui sont utilisés pour des ateliers et des activités. C'est plus écologique et cela permet des économies de budget pour fonctionner.

Le local de la cafétéria de tante Nel est équipé de matériels entièrement été récupérés.

VISITE #6 :

PENNEMES

Intervenant : **Rutger DE GRAAF**, Conseiller en innovation à Pennemes
Programme : **Présentation de l'organisation, visite des installations**
Adresse : **H. Gerhardstraat 77, 1502 CC Zaandam**
Site Internet : <https://pennemes.nl>

Qu'est-ce que l'innovation par la nature ?

Pennemes et Mennisternef sont des EHPAD uniques de par leur investissement dans l'innovation verte ou assistée par la nature : ils utilisent tous les aspects de la nature et de l'environnement pour accompagner des personnes âgées de leur communauté.

Mais leur politique d'innovation verte ne se contente pas d'un investissement dans des matériaux durables, des sources d'énergie renouvelables ou des circuits d'approvisionnement courts ; à Pennemes et Mennisternef, l'innovation verte recherche de nouvelles manières d'utiliser les effets positifs de la nature sur la santé humaine pour mieux prendre soin des résidents et du personnel soignant.

DE NOMBREUSES ETUDES DEMONTRENT QUE LA NATURE SOIGNE



Les avantages d'investir dans la nature en tant que matière innovante étaient évidents pour l'équipe de Pennemes et Mennisternef : ce sont des solutions abordables, la nature existe d'ores et déjà, elle a un réel impact positif sur les personnes et élément non négligeable, cette méthode permet de lutter contre le changement climatique.

Présentation de la démarche par Rutger de Graaf :

Etape 1 : s'attaquer à un problème environnemental concret :

La mise en place de l'innovation verte à Pennemes et Mennisternef a été déclenchée par le constat de la mauvaise qualité de l'air intérieur dans les bâtiments, à l'occasion d'un contrôle de routine pour une accréditation. Il s'agit d'un sujet d'une importance cruciale pour la qualité de vie des clients et du personnel, avec de très bons moyens de le mesurer. Les résultats de la première évaluation qu'ils ont menée n'étaient pas très positifs : il y avait beaucoup de résidus de produit de nettoyage dans l'air, d'urine...

Une des raisons principales est le manque de ventilation des espaces intérieurs. Nous avons un système de circulation d'air, mais il doit être nettoyé tout le temps, c'est bien sûr quelque chose que nous faisons mais il est très courant que la qualité de l'air à l'intérieur soit bien pire que la qualité de l'air à l'extérieur. Dans notre cas, les mesures étaient loin d'être satisfaisantes.

Etape 2 : Trouver des solutions naturelles comme l'ajout de plantes vertes ou de verdure

L'équipe a donc décidé de contrôler régulièrement la qualité de l'air et de s'attaquer à cette problématique. Il y avait plusieurs options à disposition comme les machines pour filtrer l'air - l'option coûteuse - mais aussi l'utilisation de plantes vertes, option plus abordable et très efficace. En effet, plusieurs études ont prouvé que les plantes filtrent l'air et diffusent mieux l'humidité que la plupart des machines.

Pennemes et Mennisternef ont décidé d'investir dans des plantes au fort potentiel de filtration d'air et de les installer partout dans les locaux. L'équipe a fait quelques recherches pour choisir les meilleures plantes pour atteindre leur objectif. La qualité de l'air est rapidement devenue très bonne, de manière évidente : l'odeur désagréable que l'on retrouve souvent dans les maisons de retraite a disparu. L'impact psychologique était également visible, on a eu l'impression que purifier l'air avait également allégé les esprits. Tout le monde se sentait plus créatif, moins déprimé.

Une fois que nous avons eu toutes ces plantes installées en intérieur, nous avons commencé à travailler sur un projet à l'extérieur. Nous avons des jardins fermés. Leur fonction est de créer un environnement qui incite les gens à expérimenter la nature. Le jardin est conçu pour rappeler les souvenirs, on y a mis des objets anciens et les personnes âgées peuvent s'asseoir et raconter leurs histoires passées. Les résidents peuvent apporter leurs propres objets et personnaliser la zone. Il y a aussi beaucoup de plantes et fleurs odorantes, que les gens peuvent sentir. Une association de géologie nous a apporté des pierres qui intéressent beaucoup, on apprend des choses. Ce n'est pas réellement un jardin potager, il est trop petit pour cela. C'est surtout un jardin où les gens peuvent cueillir un brin d'herbe aromatique ou une tomate.

Nous avons également créé un jardin commémoratif, où les gens peuvent apporter les photos d'êtres chers qu'ils ont perdus. Cette zone est plus calme et certaines personnes aiment s'asseoir ici pour profiter de ce calme. Un peu plus loin à l'arrière, nous avons aussi des abeilles, mais elles ne sont pas dans le jardin. Les gens ont souvent peur de s'approcher trop près des abeilles, et les abeilles ont aussi besoin de calme.

Etape 3 : la luminothérapie

À l'intérieur de nos locaux, nous installons des plantes tropicales car elles ont un cycle de croissance très rapide et elles sont très efficaces pour purifier l'air. Cependant, beaucoup de nos plantes sont mortes en hiver parce qu'elles n'avaient pas assez de soleil. Cela nous a fait réfléchir au fait que l'être humain a également besoin de lumière pour être en forme. Les effets positifs de la lumière du soleil sur le corps humain sont reconnus scientifiquement et nous avons décidé de recréer ces effets bénéfiques au sein de nos établissements.

Nous avons acheté des lampes solaires artificielles qui recréent le cycle du soleil. Le matin, elles ont une fréquence bleue et, le soir, elles jaunissent. Nous avons découvert que ces lampes sont utiles pour nos résidents mais aussi pour notre personnel, tous se sentent plus heureux et dorment mieux la nuit.

Bien sûr, il est toujours préférable de prendre l'air et de profiter des vrais rayons du soleil. Nous avons donc développé tout un programme d'activités qui se concentre sur les activités à l'extérieur. Même s'il pleut un peu, comme c'est souvent le cas aux Pays-Bas, nous essayons d'être dehors le plus possible.

Nous nous sommes associés à une organisation qui organise des promenades dans la nature. Ils forment leurs bénévoles pour guider les promenades, pour accompagner les personnes âgées et pour parler de la nature. Nous avons formé un partenariat avec eux et ils proposent maintenant ces promenades dans la nature dans différentes organisations de soins de santé. Nous offrons un point de départ pour la promenade où les gens peuvent prendre un café ou un gâteau et discuter. Souvent, un médecin prescrit des promenades ou d'autres activités physiques douces aux patients mais les chances que cette personne les suive sont faibles. Avec ces marches hebdomadaires, l'intégration sociale dans le groupe aide les participants à s'y tenir. Les marches sont organisées une fois par semaine et les autres participants vous envoient un SMS pour vous rappeler ou vous demander pourquoi vous n'êtes pas venu.

Parfois certains de nos clients ne peuvent pas participer aux marches et nous avons donc développé une promenade en réalité virtuelle à l'aide de casques de réalité virtuelle. Les chercheurs ont comparé les avantages de marcher dehors et de faire de la réalité virtuelle. Évidemment, l'extérieur c'est mieux mais la réalité virtuelle a également un impact sur la réduction des niveaux de stress / cortisol, c'est donc une bonne alternative pour nos clients plus âgés.



Etape 4 : la zoothérapie

Les animaux étaient la dernière pièce du puzzle qui manquait à notre environnement naturel. Les animaux sont présents, tout autour et ils peuvent avoir un effet très important dans nos vies : ils nous font nous sentir plus connectés au monde, certains sont réellement attentionnés et font des câlins. La zoothérapie et la câlino-thérapie sont un véritable champ d'étude pour améliorer la prise en charge des personnes âgées aujourd'hui et nous participons à ces études.

Les animaux ne sont pas autorisés dans de nombreux EHPADs et nous avons décidé de procéder différemment et de les accepter. Cette décision a eu plusieurs impacts : il a fallu trouver des bénévoles pour s'en occuper (ce n'était pas la partie la plus difficile !), réfléchir aux questions d'allergies et d'hygiène et créer un protocole pour les régler. Aujourd'hui, nous hébergeons des chiens, des chats et des oiseaux ainsi qu'un mouton, des lapins et des poules.

Ici, les chats et les chiens se promènent, les lapins et les poules sont confortablement installés dans le jardin et nos résidents et visiteurs peuvent les câliner : c'est notre thérapie par les câlins. Des recherches scientifiques sérieuses ont prouvé que câliner un animal poilu ou avec un duvet doux avait un impact positif sur la santé mentale des personnes, les rendait heureux et plus connecté aux autres. Nous effectuons cette thérapie avec des personnes souffrant de dépression. Nous avons choisi, pour notre câlino-thérapie, une race spéciale de poule ayant un très fort instinct maternel. Si vous leur montrez votre main, elles viennent à votre rencontre et recherchent les caresses. Elles aiment vraiment câliner, elles ont un duvet très doux et moelleux et leurs plumes ressemblent à de la fourrure, ces poules sont parfaites pour la câlino-thérapie.

Etape 5 : la thérapie par le jeu

Nous croyons aussi à la thérapie par le jeu : si vous jouez, vous êtes plus susceptible de vous sentir heureux et en bonne santé, d'interagir socialement et moins susceptible d'avoir mal. Jouer est une activité très saine et fait se sentir mieux. Ici, nous encourageons donc les jeux : c'est un élément essentiel de notre environnement, et pour moi c'est probablement l'élément le plus essentiel. Nous ajoutons un élément de jeu dans toutes nos activités. La nature est certes tout autour de nous, mais nous en profitons vraiment quand nous en faisons l'expérience, si nous la goûtons, la touchons. Il faut rire, voir d'autres personnes, câliner des animaux, cultiver les plantes.

Très rapidement après avoir commencé développer l'innovation verte, de nombreuses associations ont souhaité s'impliquer à nos côtés : des bénévoles qui voulaient parler de la nature, d'autres qui voulaient organiser des promenades pour aller observer les animaux sauvages ... C'était tout un monde qui s'ouvrait. C'est un énorme avantage : tous ces bénévoles nous permettent d'alléger les charges de nos soignants qui peuvent se concentrer sur leur mission première.

Développer la mise en place d'innovations vertes dans nos EHPADs nous a permis d'attirer de nouveaux bénévoles et de créer une toute nouvelle communauté autour de notre projet : par exemple, nos plantes ont tout besoin de soins et cela nécessite de l'expertise mais surtout beaucoup de temps. Beaucoup de bénévoles à la main verte se sont proposés pour nous aider, en dehors de l'organisation mais aussi parmi nos résidents, le personnel et les familles de résidents. Des professionnels nous ont également aidés à transformer nos jardins en jardins thérapeutiques avec des allées, des fleurs et des herbes odorantes, des textures, le développement d'activités, etc. Aujourd'hui, tout un panel de bénévoles aux profils différents s'occupe de nos jardins et notre ratio bénévoles-professionnels atteint presque 1-1.

Pour en découvrir plus consulter notre étude de cas vidéo dédiée à l'innovation verte à Pennemes et Het Mennistenerf sur <https://athom-academie.com>

VISITE #7 :

BUURTZORG

Intervenante : **Gertje VAN ROESSEL**, Représentante de Buurtzorg
Programme : **Présentation de l'organisation**
Adresse : **De Wittenstraat 114, 1052 AR Amsterdam**
Site Internet : **<https://www.buurtzorgnederland.com>**

Buurtzorg a été créé il y a 17 ans. Il y a aujourd'hui 1000 équipes d'infirmiers Buurtzorg aux Pays-Bas. Au point le plus fort, il y avait 22 équipes à Amsterdam.

L'origine de Buurtzorg :

Création en 2006 avec « les soins dans le voisinage » ou Buurtzorg. Ce n'est pas une invention : depuis les moyen-âge des infirmiers travaillaient dans le quartier, en proximité. Dans les années 80, les infirmiers étaient organisés en petite équipe, connectée dans une communauté et très liés à leurs patients. Par la suite, les évolutions se sont éloignées de ça. Dans les années 90, la bureaucratie s'est développée dans le système de santé des Pays-Bas. Les infirmiers devaient faire de l'administration, enregistrer l'activité à la minute près, gérer des collaborateurs moins chers pour augmenter la rentabilité. Les infirmiers étaient très frustrés et les patients étaient peu satisfaits car les professionnels se succédaient, l'organisation était complexe... Il y avait beaucoup de hiérarchie peu efficiente.

En 2006, Jos de Blok, le fondateur et actuel directeur de Buurtzorg a présenté son idée de re-déployer une organisation inspirée des petites équipes infirmières de quartier. Il a commencé avec une idée et une vision très claire. Les principes directeurs ont été élaborés dès l'origine :

- Offrir des soins holistiques : ne plus fournir un produit ou être spécialisé mais accompagner les patients dans leur globalité.

- Offrir des soins sociaux : Le principe c'est « une tasse de café d'abord puis les soins ensuite ». C'est un symbole : le soignant s'assoit avec le patient, créé une connexion et permet de vraiment comprendre ses besoins et son environnement
- Permettre aux équipes de trouver elles-mêmes des solutions, en sortant d'une logique top-down.
- Donner à l'équipe de soins la priorité, le processus primaire. C'est à eux de l'organiser eux-mêmes. Ils sont en charge des RH, de l'administratif qui sont habituellement délégués à un siège. Le siège n'intervient que pour les tâches vraiment spécialisées.
- Avoir une plateforme informatique vraiment efficace. Dès 2006, Jos de Blok a érigé une société informatique qui a développé un logiciel informatique ad hoc. Toutes les informations sont suivies et transmises par la plateforme de manière ergonomique.
- S'ancrer dans des quartiers à la bonne échelle, pas trop vaste.

Toutes les équipes infirmières signent un contrat avec l'association Buurtzorg. Ce contrat définit :

- Le quartier d'intervention
- Les partenaires : médecins, pharmaciens...
- Le bureau (avec un budget standard de mise en place d'une équipe) et équipement,

Les équipes sont seulement composées d'infirmiers et d'aides-soignants. Ce sont des infirmiers les plus qualifiés possible : la cible c'est qu'ils appartiennent aux qualifications de 3 à 6. Il n'y a pas de différences de mission entre les différentes personnes selon la qualification. Toute l'équipe soigne les patients en tant qu'entité non-hiérarchisée et les infirmiers les plus spécialisés font les actes techniques.

Le système est basé sur la confiance. La confiance dans les professionnels aux dépends du besoin de mener des contrôles. Le siège n'a pas du tout les moyens de contrôler les infirmiers vu sa taille mais en fait il n'y en a pas besoin. Les infirmiers savent quoi faire. L'assurance maladie fait aussi confiance à Buurtzorg. Les caisses d'assurances maladie font des contrôles aléatoires des évaluations des besoins en soins / plans de soins réalisés par les infirmiers des équipes de première ligne.

Le financement des soins est très complexe. Les soins sont financés par l'assurance maladie de base.

Les salaires sont fixés par une convention collective au niveau national. La négociation a lieu pour tout le pays. Les salaires sont fixés en fonction de l'ancienneté et les évolutions.

Lien vers la grille de salaire des infirmiers :

<https://www.fnv.nl/cao-sector/zorg-welzijn/verpleeg-verzorgingshuizen-thuiszorg/cao-verpleeg-verzorgingshuizen-thuiszorg>

Les équipes sont auto-gérées et soutenues par un siège de 50 employés. Ses missions : payer les salaires, payer les factures, faire le lien avec les assurances maladie. Il n'y a aucun manager dans l'organisation, juste un directeur. En fait, Buurtzorg c'est un réseau de 1.000 équipes qui sont reliées entre elles par la plateforme informatique. Les cibles sont négociées par le siège avec les assurances maladies. En 2023, le tarif s'élève à 68€ par heure et les équipes doivent passer 72% de leur temps dans les soins aux patients.

Des coachs régionaux chapotent 35 à 45 équipes. Ils ont pour mission de les soutenir et de les aider à régler leurs difficultés.

Il y a un cadre dans lequel les équipes fonctionnent. Chacun ne fait pas ce qu'il veut en anarchie. Il y a une équipe qui travaille dans un cadre. Il faut que les attentes soient claires. Les lignes directrices peuvent être rappelées. Le champ d'opération des équipes est clair, autour de 3 piliers : les patients, le personnel et les financeurs doivent être satisfaits. Pour les financeurs, le DG définit les objectifs financiers pour avoir une gestion saine. Les équipes doivent jouer avec ces trois piliers pour faire en sorte que cela fonctionne. Le coach s'appuie sur ces trois piliers pour travailler avec les équipes.

Aujourd'hui il y a plusieurs services : Buurtzorg psychiatrie T, Buurtzorg Kraam pour les soins périnataux, Buurtzorg pension ou huis pour les séjours de répit. La nouveauté c'est les Buurtdokters : dans le cadre d'une pénurie de médecins généralistes, cette solution travaille pour réduire la bureaucratie des docteurs.

La pratique des infirmiers à Buurtzorg

Première étape à la création de l'équipe : des professionnels ont l'envie de travailler ensemble. Ils contactent Buurtzorg pour monter une équipe.

Ensuite, ils choisissent et aménagent un bureau.

Puis l'équipe va se présenter aux médecins et aux hôpitaux sur leur territoire.

Il y a une ligne téléphonique joignable 24h/7 (il n'y a pas d'accueil qui ferme à 17h...). Les médecins et patient peuvent joindre des infirmiers donc c'est efficace et ça satisfait tout le monde.

A Buurtzorg, toute l'énergie est engagée dans l'équipe et pour soigner les patients. Il y a des cibles à atteindre pour chaque équipe. C'est un exercice qui est exigeant pour les professionnels : il faut servir beaucoup de clients, bien travailler au sein de l'équipe, oser prendre des décisions sans reconstruire une hiérarchie.

La formation des infirmiers est réalisée par des instituts et les équipes Buurtzorg fournissent des lieux de stage. La formation est de la compétence de chacun. Si l'équipe veut se former à une pathologie spécifique comme la démence, il faut qu'un membre de l'équipe se forme. Il y a un budget par équipe pour le bureau, les matériels et la formation. Ça peut se faire en externe ou en interne via la plateforme. En ce moment il y a un gros manque de professionnels donc il y a beaucoup de formation de professionnels non-qualifiés.

Retour d'expérience :

Equipe de 11 collègues fixes : 1 contrat 0 heures, 36h et les autres 24 à 32 heures par semaine. L'équipe doit s'organiser entre elle pour couvrir les week-ends, nuits, etc.

Chaque équipe suit environ 62 clients qui ont besoin d'être vus entre 1 fois toutes les six semaines à 3 fois par jour.

Journée de 8 heures, 8 à 10 patients par jour. Les infirmiers font les soins mais ils organisent aussi les soins avec le médecin, le psychologue, etc. Les infirmiers font eux-mêmes leurs plannings de visite dans leur quartier.

La grande majorité des clients ont plus de 75 ans. Il y a toujours des gens plus jeunes en sortie d'hôpital, pour des plaies, pour des cancers, pour des infections chroniques...

L'équipe reçoit des demandes des médecins généralistes et des hôpitaux. Les infirmiers définissent les besoins des patients et le plan de soins nécessaire.

Elles essaient de garder un équilibre entre les soins chroniques, les soins palliatifs et les soins de courte durée. Les pansements représentent une grosse partie de l'activité. C'est l'équipe qui décide de son casemix au quotidien, pour l'admission des nouveaux patients. Et c'est toujours une négociation et difficile de dire non à des structures qui demandent l'admis-

sion d'un patient. Selon les équipes les pratiques varient : certaines équipes respectent strictement les territoires définis et d'autres s'entraident plus facilement entre collègues.

Le système d'information précise quel type de soins est administré. Il y a un tableau de bord qui retrace la productivité de l'équipe et le type de soins/de patients.

La cible c'est que 62% du temps soit en contact direct avec les patients (hors trajet). 38% peut être passé en réunion, en formation et en repos... Le directeur fait tous les ans des accords avec les assurances maladies. Il négocie un tarif par heure et le nombre d'heures de soins que Buurtzorg va fournir dans l'année. C'est la productivité.

Souvent la durée des soins diminue au fil de l'eau alors que la confiance et la connaissance réciproque se développe. C'est de la prévention.

Ingrédients clés :

- Confiance
- Cohérence et continuité
- Ownership – Appropriation par les équipes qui se sentent propriétaires du concept
- Responsabilité
- Liberté
- Pas de réglementation
- Pionnier

Éléments à améliorer :

- Grosse pression sur la vie personnelle / gros impact et enjeu pour trouver un équilibre.
- Vitalité : la satisfaction des employés sont très satisfaits mais manquent de vitalité car ils se donnent à fond dans le travail, sont toujours connectés et c'est difficile de déconnecter. Ils sont fiers mais se sentent responsables.
- Difficulté à résoudre les difficultés au sein de l'équipe quand il y a des tensions ou des glissements vie pro / vie perso. Il y a l'aide des coachs et les formations à communiquer ou des décisions.

Éléments nécessaires pour l'auto-gestion des équipes :

- Données et information à jour grâce au système d'information très performant
- Relations avec le siège : pas de demande de comptes / contrôles mais « que pouvons-nous faire pour vous », « de quoi avez-vous besoin »

Système d'information :

- Module de communication : similaire à Facebook pour partager des informations. Accès libre pour passer des informations et réagir. Partage de bonnes pratiques, anecdotes, messages de Jos de Blok...
- Espace personnel : chaque personnel peut consulter son salaire, ses vacances...
- Environnement pour l'équipe
- Page par client, complétée à la première rencontre. Développement avec le dossier médical, les interventions, les soins réalisés... Chaque personne ne peut regarder que les patients de son équipe.
- Module d'apprentissage pour la formation continue.

LISTE DES PARTICIPANTS

PRÉNOM	NOM	ORGANISATION
David	ALAIN	<i>Villa Saint Georges</i>
Mitsy	BATAILLE	<i>Couleurs d'Automne Inc.</i>
Diane	BEAUDIN	<i>RQRA</i>
Hugo	BOUCHER LAFRAMBOISE	<i>Gestion Immo 1ère</i>
Serge	BOUCHER	<i>Gestion Immo 1ère</i>
Tony	BUREAU	<i>Les Jardins du Patrimoine inc.</i>
Pierre	CHAPDELAINE	<i>Résidence Murray</i>
Sébastien	CÔTÉ	<i>Pavillon Montfort</i>
Jérémy	CÔTÉ	<i>Pavillon Montfort</i>
Benjamin	DEMELIN	<i>Cogir Immobilier</i>
Lucie	DESROSIERS	<i>Résidence Murray</i>
Maria	DUFAYS	<i>RQRA</i>
Kary	FISET	<i>Les Jardins du Patrimoine inc.</i>
Marc	FORTIN	<i>RQRA</i>
Manon	GAGNÉ	<i>Résidence Le Saint-Jude</i>
Valérie	GODREAU	<i>Ministère de la Santé et des Services Sociaux</i>
Mathilde	GOMET	<i>Dialog Health</i>
Marianne	LE ROUX	<i>Résidence Le Saint-Jude</i>
Emilie	LEBÉE-THOMAS	<i>Dialog Health</i>
Kristel	LOUBOUTIN	<i>Résidence des Bâisseurs</i>
Sonia	MORIN	<i>Les Quartiers A</i>
Miriam	MORISSETTE	<i>TCJ</i>
Isabelle	NANTAIS	<i>Groupe Maurice</i>
Claudia	PLOURDE	<i>Résidence Le Saint-Jude</i>
Marie-Josée	TARDIF	<i>Résidence des Bâisseurs</i>
Louis-Alain	TREMBLAY	<i>Résidence le Saint-Jude</i>



RQRA

REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS
DES RÉSIDENCES POUR ÂÎNÉS

DialogHealth

34 rue Nicolas Beaujon, 33000 Bordeaux

 +33 9 86 28 54 22

 contact@dialog-health.com

 www.dialog-health.com