



Universität
Basel

Medizinische Fakultät
Departement Public Health

Pflegewissenschaft
Nursing Science

SPOT^{nat}

spitex koordination und qualität
coordination et qualité de l'aide et des soins à domicile
coordinamento e qualità dell'assistenza e cura a domicilio

Rapport national

Bâle, avril 2023



SPOT^{nat}

Coordination et qualité de l'aide et des soins à domicile — Une étude nationale

Rapport national

Bâle, avril 2023

Tania Martins, Nathalie Möckli, Franziska Zúñiga, Carla Meyer-Masseti, Roland Fischer, Sandrine Pihet, Matthias Wächter, Christine Serdaly, Aurora Monticelli, Catherine Blatter, Anja Renner, Michael Simon.



L'étude SPOT^{nat} (Coordination et qualité de l'aide et des soins à domicile — Une étude nationale) est un projet de recherche visant à éclairer les conditions structurelles et organisationnelles, ainsi que la situation du personnel soignant et d'assistance dans le domaine de l'aide et des soins à domicile (ASaD) en Suisse. Elle a été réalisée par l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle avec la participation des personnes suivantes (mentionnées par ordre alphabétique) :

Direction de l'étude

Tania Martins, MSc | Responsable adjointe du projet | Université de Bâle

Nathalie Möckli, MSc | Responsable du projet | Université de Bâle

Prof. Dr Franziska Zúñiga | Directrice de l'étude | Université de Bâle

Groupe de recherche

Dr med. Roland Fischer | Université de Bâle

Tania Martins, MSc | Université de Bâle

Prof. Dr phil. Carla Meyer-Masseti | Université de Bâle et Université de Berne

Nathalie Möckli, MSc | Université de Bâle

Prof. Dr Sandrine Pihet | Haute école de santé de Fribourg

Christine Serdaly, MSc | Serdaly&Ankers, Conches

Prof. Dr Michael Simon | Université de Bâle

Dr Matthias Wächter | Université des sciences appliquées et des arts de Lucerne

Prof. Dr Franziska Zúñiga | Université de Bâle

Contributeur·rice·s au projet SPOT^{nat}

Martina Attinger, diplôme en Sciences forestières | Université de Bâle

Catherine Blatter, MSc | Université de Bâle

Rachel Bungler | Université de Bâle

Alexander Deiss, diplôme en Informatique | Université de Bâle

Esther Locatelli, MSc | Université de Bâle

Aurora Monticelli, BSc | Université de Bâle

Noémie Pasquier, MSc | Haute école de santé de Fribourg

Michael Ketzler, MSc | Université de Bâle

Anja Renner, MSc | Université de Bâle

Barbara Villiger, MSc | Université de Bâle

Groupe d'accompagnement consultatif

Esther Bättig | Aide et soins à domicile Suisse

Gabriela Bolliger | bolliger gesundheitsmanagement

Beatrice Caviezel | LangzeitSchweiz

Dr Irena Anna Frei | Spitex (Aide et soins à domicile) Bâle

Therese Grolimund | Office fédéral de la santé publique

Christina Guéinchault | Institution genevoise de maintien à domicile (Imad)

Margrit Hilpertshäuser | Spitex (Aide et soins à domicile) Gaiserwald

Esther Indermauer | Association suisse des infirmiers et infirmières (ASI)

Rachel Jenkins | Association suisse pour les sciences infirmières (APSI — Soins à domicile)

Hannes Koch | Swiss Nurse Leaders



Silvia Marti | Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)
Sonia Pellegrini | Observatoire suisse de la santé (Obsan)
Rosmarie Pfau | European Patients' Academy on Therapeutic Innovation (EUPATI)
Markus Reck | Spitex (Aide et soins à domicile) Zürich
Kirsten Saynisch | Spitex (aide et soins à domicile) RegioArbon (jusqu'au 30 mai 2022)
Prof. Dr René Schwendimann | Hôpital universitaire de Bâle
Brigitta Stocker | Pro Senectute Nidwalden
Prisca Stucki-Thür | Association suisse pour les sciences infirmières (APSI — Soins à domicile)
Dr med. Florian Suter | mediX nordwest
Kai Trachsel | Association Spitex Privée Suisse (ASPS)
Stephan Tschöpe | Département des soins de longue durée, canton BS
Corinne Ullmann | Commune Stein am Rhein
Valérie Vouillamoz | Groupement valaisan des centres médico-sociaux (CMS-SMZ Valais Wallis)
Delphine Vuilloud | Direction de la santé du canton de Vaud

Traduction

Irene Aeberli (allemand)
Gabriela Bertilaccio (italien)
Katharine Patula (français)
Carola Schneider (français)

Révision

Angelika Rachor (allemand)

Étude financée par

Fondation Pflegewissenschaft Schweiz, Fondation Ebnet

Citation

Martins*, T., Möckli*, N., Zúñiga*, F. et al. (2023). *SPOT^{nat} — Coordination et qualité de l'aide et des soins à domicile — Une étude nationale. Rapport national*. Université de Bâle.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.7867956>

* Ces auteures ont contribué à parts égales à ce travail.

Tous droits réservés.

© 2023 Institut de sciences infirmières, Faculté de médecine, Université de Bâle



Préface et remerciements

Le présent rapport final passe en revue les résultats de l'enquête SPOT^{nat} (coordination et qualité de l'aide et des soins à domicile) menée de janvier à septembre 2021 dans 88 organisations d'aide et de soins à domicile (ASaD) en Suisse. Cette enquête de grande envergure se concentre sur la coordination et la qualité des soins, la qualité de l'environnement de travail et la situation du personnel, par exemple la satisfaction au travail ou l'intention de démissionner. Les résultats de l'étude livrent un premier aperçu de la situation qui prévaut dans le domaine de l'ASaD en Suisse. Dans le présent rapport national, nous décrivons, à l'intention de toutes les parties prenantes, les thèmes-clés de l'ASaD à propos desquels il est nécessaire d'agir aux niveaux national et régional, cela dans l'espoir de donner une impulsion à différentes initiatives pour renforcer le domaine de l'ASaD en Suisse, notamment vu le mouvement qui s'opère du stationnaire vers l'ambulatoire. Les résultats pourront servir à améliorer la qualité des soins, l'accompagnement et l'environnement de travail et être utiles pour la planification en matière de personnel. Ils serviront en outre de base à des analyses scientifiques approfondies que le groupe de recherche entreprendra ces prochains mois et dont il publiera régulièrement les résultats sur son site internet (<https://spotnat.nursing.unibas.ch>).

Nous tenons à remercier chaleureusement les organisations d'ASaD ayant participé à l'enquête SPOT^{nat} pour leur soutien et leur collaboration en dépit des circonstances exceptionnelles liées à la pandémie. Sans l'engagement de toutes les équipes et la participation active des directions, des collaborateurs·rice·s, des client·e·s et de leurs proches à l'enquête, ce rapport n'aurait pas pu voir le jour.

Notre gratitude va également aux expert·e·s, dont les commentaires apportent un éclairage complémentaire sur les résultats, en soulignent les enjeux et les implications et nous aident à identifier les pistes d'optimisation. Nous sommes reconnaissants au groupe d'accompagnement consultatif de SPOT^{nat} pour son soutien sans faille, ses commentaires pertinents et ses conseils avisés tout au long des travaux ; son précieux concours nous a permis de mieux cibler l'objet de l'étude. Enfin, nous remercions la fondation *Pflegewissenschaft Schweiz* et la fondation *Ebnet* pour leur généreux soutien de l'étude.

Nous vous souhaitons une bonne lecture, en espérant qu'elle suscitera des discussions stimulantes !

Tania Martins
Responsable adjointe du projet
SPOT^{nat}

Nathalie Möckli
Responsable du projet SPOT^{nat}

Franziska Zúñiga
Direction de l'étude SPOT^{nat}



Table de matières

Résumé	viii
1 Introduction	1
1.1 Structure du rapport et indications pour la lecture.....	1
1.2 Représentativité des données	2
1.3 Informations concernant la présentation des résultats.....	2
2 Caractéristiques générales de l'échantillon	7
2.1 Caractéristiques générales des organisations d'ASaD participantes	7
2.2 Caractéristiques générales du personnel d'ASaD participant.....	9
2.3 Caractéristiques générales des client·e·s participant·e·s	12
2.4 Caractéristiques générales des proches participant·e·s	14
3 Qualité des soins et de l'assistance.....	16
3.1 Qualité générale des soins et de l'assistance (point de vue du personnel et des directions)	16
3.2 Évaluation des soins et de l'assistance reçus (point de vue des client·e·s et des proches).....	19
3.3 Mesures pour la garantie de la qualité (point de vue des directions).....	20
3.4 Travail avec des infirmier·ère·s de pratique avancée ou avec des expert·e·s en soins infirmiers (point de vue des directions)	24
4 Processus de soins et de prise en charge centré sur la personne.....	26
4.1 Processus de soins et de prise en charge (point de vue du personnel)	26
4.2 Évoquer avec les client·e·s leurs préoccupations en matière de santé (point de vue des client·e·s)	27
4.3 Visite et nombre de collaborateur·rice·s de l'ASaD (point de vue des client·e·s).....	27
5 Environnement de travail du personnel d'ASaD	30
5.1 Leadership (point de vue du personnel)	30
5.2 Prévisibilité (point de vue du personnel).....	33
5.3 Clarté des rôles et conflits de rôles (point de vue du personnel)	34
5.4 Soutien social et feedback (point de vue du personnel)	37
6 Culture de la sécurité	40
6.1 Gestion des erreurs (point de vue des directions).....	40
6.2 Climat de sécurité (point de vue du personnel)	41
6.3 Travail en équipe (point de vue du personnel)	43
7 Gestion de la médication	48
8 Communication	50
8.1 Systèmes de communication (point de vue des directions)	50
8.2 Canaux de communication (point de vue du personnel)	51
8.3 Discussions de cas (point de vue des directions)	51
8.4 Échange électronique des données (point de vue des directions)	52
8.5 Communication et échange d'informations au sein du groupe de prise en charge (point de vue du personnel).....	53
8.6 Communication avec le service d'ASaD.....	54
9 Collaboration au sein du groupe de prise en charge.....	57
9.1 Évaluation de la collaboration au sein du groupe de prise en charge (point de vue du personnel)	57



9.2	Coordination des tâches avec les autres groupes de professionnel-le-s (point de vue du personnel)	58
9.3	Nombre de professionnel-le-s impliqué-e-s (point de vue des client-e-s)	58
9.4	Nombre de professionnel-le-s impliqué-e-s (point de vue des proches)	58
10	Familiarité avec le système de santé (point de vue du personnel)	60
11	Coordination	62
11.1	Évaluation de la coopération et de la coordination du service d'ASaD (point de vue client-e-s)	62
11.2	Évaluation du rôle de coordination du personnel d'ASaD (point de vue des client-e-s)	63
11.3	Coordination au sein du groupe de prise en charge (point de vue du personnel)	67
11.4	Manque de coordination (point de vue du personnel)	67
11.5	Vécu de la coordination des prestations de santé (point de vue des client-e-s)	69
11.6	Évaluation générale de la coordination (point de vue des client-e-s)	71
11.7	Évaluation générale de la coordination (point de vue des proches)	71
11.8	Évaluation générale de la coordination (point de vue du personnel)	72
12	Collaboration avec les proches	74
12.1	Collaboration et coordination avec les proches (point de vue du personnel)	74
12.2	Perception de la coordination avec la personne de référence (point de vue des proches)	76
12.3	Perception de la coordination avec le personnel du service d'ASaD (point de vue des proches)	78
12.4	Implication des proches dans la planification de la prise en charge (point de vue des proches)	80
13	Soutien par les proches	82
13.1	Soutien par des membres de la famille, des ami-e-s ou des connaissances (point de vue des client-e-s)	82
13.2	Informations sur l'accompagnement et le soutien par les proches (point de vue des proches)	83
14	Dotation en personnel	86
14.1	Effectif total en 2020 (point de vue des directions)	86
14.2	Ressources et dotation en personnel (point de vue du personnel)	87
14.3	Fluctuation du personnel en 2020 (point de vue des directions)	89
14.4	Évaluation de la situation en matière de recrutement (point de vue des directions)	90
14.5	Places de formation (point de vue des directions)	93
15	Planification du travail	94
15.1	Système de personnes de référence (point de vue des directions)	94
15.2	Planification des tournées (point de vue des directions)	96
15.3	Organisation du travail au cours des trois derniers jours de travail (point de vue du personnel)	98
15.4	Travail par roulement (point de vue du personnel)	99
15.5	Heures supplémentaires (point de vue du personnel)	99
16	Offres de l'organisation, exigences et satisfaction au travail	102
16.1	Offres de l'organisation pour les collaborateur-ric-e-s (point de vue des directions)	102
16.2	Perception de la charge de travail (point de vue du personnel)	102
16.3	Satisfaction au travail (point de vue du personnel)	104
16.4	Intention de démissionner (point de vue du personnel)	105
17	Santé du personnel	108
17.1	Absentéisme et présentéisme (point de vue du personnel)	108
17.2	Santé au travail (point de vue du personnel)	108
17.3	Burnout (point de vue du personnel)	109
17.4	Équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée (point de vue du personnel)	111



18	Violence des client·e·s envers les collaborateur·rice·s de services d'ASaD.....	115
19	Financement des prestations d'aide et de soins à domicile	117
19.1	Conditions assortissant le mandat de prestations (point de vue de la direction)	117
19.2	Financement résiduel des soins (point de vue des directions)	119
19.3	Participation des patient·e·s (point de vue des directions).....	121
19.4	Types de financement (point de vue des directions).....	122
19.5	Pression des coûts (point de vue des directions).....	123
20	Charges financières des client·e·s	126
20.1	Charge financière assumée par les client·e·s (point de vue des client·e·s).....	126
20.2	Renonciation à des prestations (point de vue des directions).....	128
21	COVID-19.....	130
21.1	COVID-19 (point de vue des directions).....	130
21.2	COVID-19 (point de vue du personnel)	131
21.2.1	Effets de la pandémie	132
21.2.2	Gestion de la pandémie	133
22	Discussion.....	135
22.1	Qualité des soins et de l'accompagnement.....	135
22.2	Coordination.....	136
22.3	Communication	137
22.4	Système de personnes de référence.....	138
22.5	Sécurité des client·e·s.....	138
22.6	Dotation en personnel.....	139
22.7	Santé du personnel.....	139
22.8	Aspects psychosociaux de l'environnement de travail	140
22.9	Implications pour l'avenir	140
23	Conclusions.....	141
	Abréviations.....	142
	Liste des figures	143
	Références	147
	Appendice.....	155
A1.	Contexte de l'étude.....	155
A2.	Objectifs	156
A3.	Méthodes	156
A4.	Collecte de données	157
A5.	Analyse des données	157
A6.	Échelles	158
A7.	Sources des items non développés par l'équipe SPOT ^{nat}	171



Résumé

L'étude SPOT^{nat} (Coordination et qualité de l'aide et des soins à domicile — Une étude nationale), menée de janvier à septembre 2021 au moyen d'un questionnaire écrit, portait sur **la coordination et la qualité des soins et de l'aide à domicile dans les organisations d'ASaD en Suisse**. Elle a été réalisée par l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle en collaboration avec la Haute École de Santé de Fribourg (HEdS-FR) et d'autres partenaires. Un échantillon aléatoire de 88 organisations d'ASaD (des sept grandes régions de Suisse) y a pris part, composé de 88 directions, 3223 collaborateur·rice·s d'ASaD (avec contact direct ou indirect avec les client·e·s), 1509 client·e·s (âgé·e·s de 60 ans ou plus et bénéficiant de prestations de soins) et 1165 proches. L'enquête a abordé des thèmes tels que l'évaluation de la qualité des soins et de l'accompagnement, la coordination, la communication, le système de personnes de référence, la sécurité des client·e·s, la dotation en personnel, la santé des collaborateur·rice·s et l'environnement de travail.

Globalement, l'ASaD en Suisse est de très bonne **qualité**, tant de l'avis des client·e·s et des proches que du point de vue des collaborateur·rice·s. Si le travail des équipes d'ASaD est apprécié par les client·e·s, différents défis apparaissent au niveau des soins centrés sur la personne, des processus de soins et de prise en charge, et des soins interprofessionnels. Les client·e·s et leurs proches pourraient par exemple être davantage impliqué·e·s dans la définition des objectifs, en particulier lorsque d'autres intervenants comme les médecins et les thérapeutes entrent en jeu, de sorte qu'un processus de soins adapté à la situation puisse être mis en place. Le cadre actuel ne permet pas non plus de développer suffisamment les activités de prévention, qui sont essentielles pour permettre aux personnes âgées de rester chez elles le plus longtemps possible.

L'étude a mis l'accent sur la **coordination**. À la différence de la coordination au sein des organisations d'ASaD, qui est bonne, la continuité des soins entre les différents prestataires laisse parfois à désirer, par exemple lorsque les client·e·s retournent à leur domicile après une hospitalisation. Une certaine proportion des professionnel·le·s de l'ASaD manquent de temps pour discuter des situations critiques avec les autres prestataires et ne reçoivent pas toujours toutes les informations nécessaires pour assurer la continuité du processus thérapeutique et de prise en charge. Un financement adéquat, des conditions-cadre appropriées, des processus clairs, et surtout des outils informatiques répondant aux besoins et des possibilités d'échange interprofessionnel sont autant d'éléments qui semblent faire défaut.

Le tableau est le même s'agissant de la **communication** : elle fonctionne bien au sein des équipes d'ASaD, mais la transmission des informations par le biais d'un même canal entre tous les intervenant·e·s n'est pas donnée, ce qui complique les processus de communication et entrave donc la coordination. Dans ces circonstances, les retards dans la transmission des informations ainsi que les pertes d'informations ne peuvent être exclus. Il est donc urgent de se saisir du problème et de faire avancer la dématérialisation des processus de communication. La possibilité d'échanger par oral au sein de l'équipe interprofessionnelle n'est pas non plus toujours donnée, sans compter que le temps nécessaire à ces échanges ne peut pas forcément être facturé, et ce alors que dans les situations complexes, ces échanges au sein de l'équipe, tout comme ceux avec les client·e·s et les proches, sont cruciaux pour définir le meilleur plan de soins et de traitement, coordonner au mieux la prise en charge, et prévenir les hospitalisations inutiles ou les complications.

La majorité des organisations d'ASaD travaillent avec des responsables de cas, à savoir des infirmier·ère·s qui agissent comme **personnes de référence** et gèrent le processus de soins et de prise en charge. Les responsables de cas assurent la continuité des soins et contribuent ainsi dans une large mesure à la prévention des problèmes, à une meilleure coordination des services et, en définitive, à la sécurité des soins à domicile. Pourtant, 40 % des responsables de cas ne voient leurs client·e·s qu'une fois par mois ou moins, et seul un tiers des proches ont répondu que la personne de référence communique souvent avec eux ou elles. Ici aussi, il est nécessaire de prendre des mesures pour définir et renforcer le rôle des responsables de cas au sein de l'équipe thérapeutique, afin qu'il·elle·s puissent coordonner les soins de manière adéquate



avec toutes les personnes concernées. Une compréhension commune du rôle est d'autant plus importante lorsque plusieurs professionnel·le·s (externes à l'organisation d'ASaD) sont impliqué·e·s, afin que les client·e·s sachent clairement qui est responsable de la coordination.

S'agissant de la **sécurité** des client·e·s, la culture de la sécurité au sein des organisations et du groupe de prise en charge joue un rôle clé, puisqu'elle concourt à l'identification des problèmes de sécurité, la recherche conjointe de solutions et leur mise en œuvre constructive. Tirer les enseignements des éventuelles erreurs et des incidents indésirables dans une optique d'apprentissage commun permet d'améliorer continuellement la sécurité. Les collaborateur·rice·s des services d'ASaD sont satisfait·e·s de leur organisation à cet égard : la procédure à suivre en cas d'erreur est claire et la gestion des erreurs au sein des équipes est adéquate. Il subsiste néanmoins un potentiel d'amélioration : seuls 21 % des organisations d'ASaD interrogées travaillent avec un système de notification des incidents critiques (*Critical Incident Reporting System*, CIRS). La Fondation Sécurité des patients Suisse propose un CIRS national destiné aux organisations d'ASaD ; il devrait toutefois être utilisé à plus large échelle pour que les organisations d'ASaD, notamment les plus petites, puissent apprendre des erreurs commises dans toute la Suisse.

Pour assurer la sécurité de la prise en charge des client·e·s, il faut suffisamment de personnel qualifié. Globalement, la **structure du personnel** affiche une bonne stabilité, avec du personnel qui reste longtemps. Il convient néanmoins de garder à l'esprit qu'un dixième des collaborateur·rice·s souhaitent quitter leur travail dans le domaine de l'ASaD. Étant donné qu'il est aujourd'hui très difficile de recruter du personnel soignant, ces départs vont entraîner un déficit problématique. Il convient en outre de souligner que l'échantillon compte principalement des organisations connaissant une certaine stabilité (p. ex. en matière de ressources humaines, d'absences liées au COVID-19, de restructurations, de fusions), puisque les organisations ayant renoncé à participer à l'enquête étaient en premier lieu des entreprises ayant des problèmes de personnel. On ne peut donc pas inférer de la dotation en personnel décrite que le tableau est le même à l'échelle nationale. Il est par conséquent important que l'initiative sur les soins infirmiers traite également le problème du manque de personnel qualifié dans l'ASaD et accroisse l'attractivité de l'ASaD comme domaine d'activité.

Malgré les retours positifs sur la dotation en personnel, les déclarations sur la **santé des collaborateur·rice·s** sont un signe d'alerte qu'il faut prendre au sérieux. Le personnel d'ASaD fait régulièrement des heures supplémentaires et se rend au travail même malade ; 70 % du personnel déclare être faible et fatigué, 67 % fait état de douleurs dorsales ou lombaires, 57 % de signes d'épuisement physique et 52 % de signes d'épuisement émotionnel. Au cours de la semaine qui précédait l'enquête, deux cinquièmes d'entre eux avaient travaillé au moins une fois sans faire de pause. On constate donc une intensification de la charge de travail et des collaborateur·rice·s qui repoussent les limites afin de fournir une prestation de qualité. L'engagement des collaborateur·rice·s est élevé, mais au détriment de leur propre santé. La promotion de la santé occupe dès lors un rôle-clé pour les entreprises d'ASaD dans une perspective de rétention du personnel.

Parallèlement, les organisations d'ASaD parviennent à créer un **environnement de travail** positif, dans lequel les collaborateur·rice·s sont satisfait·e·s à la fois des prestations qu'il·elle·s peuvent fournir et de leurs supérieur·e·s. Seule la satisfaction par rapport au salaire est un peu faible, ce qui réduit l'attractivité du domaine de travail.

L'étude SPOT^{nat} a constitué la première **base de données pour l'ASaD en Suisse**, apportant ainsi davantage de visibilité à ce secteur de prestations. La collecte des données ayant eu lieu pendant la pandémie de COVID-19, certaines organisations n'ont pas pu participer parce qu'elles étaient confrontées à des difficultés de personnel. Nous partons donc du principe que, malgré une sélection aléatoire, notre échantillon n'est pas totalement représentatif et qu'il se compose probablement d'une majorité d'établissements relativement stables, dont les résultats sont donc tendanciellement meilleurs. Les organisations participantes ont utilisé les résultats de l'étude pour déterminer le potentiel d'amélioration et définir les mesures à mettre en œuvre.

1 Introduction

SPOT^{nat} est un projet de recherche de l'Institut des sciences infirmières (INS) de l'Université de Bâle en collaboration avec la Haute école de santé de Fribourg (HEdS-FR). Lancé en 2019, il s'achèvera avec la publication du présent rapport national en 2023. Les données ont été collectées de janvier à septembre 2021 auprès d'un échantillon aléatoire de 88 organisations d'aide et de soins à domicile (ASaD), constitué sur la base des sept grandes régions de la Suisse (voir Figure 1).

Nombre d'organisations d'ASaD participantes dans les sept grandes régions de la Suisse

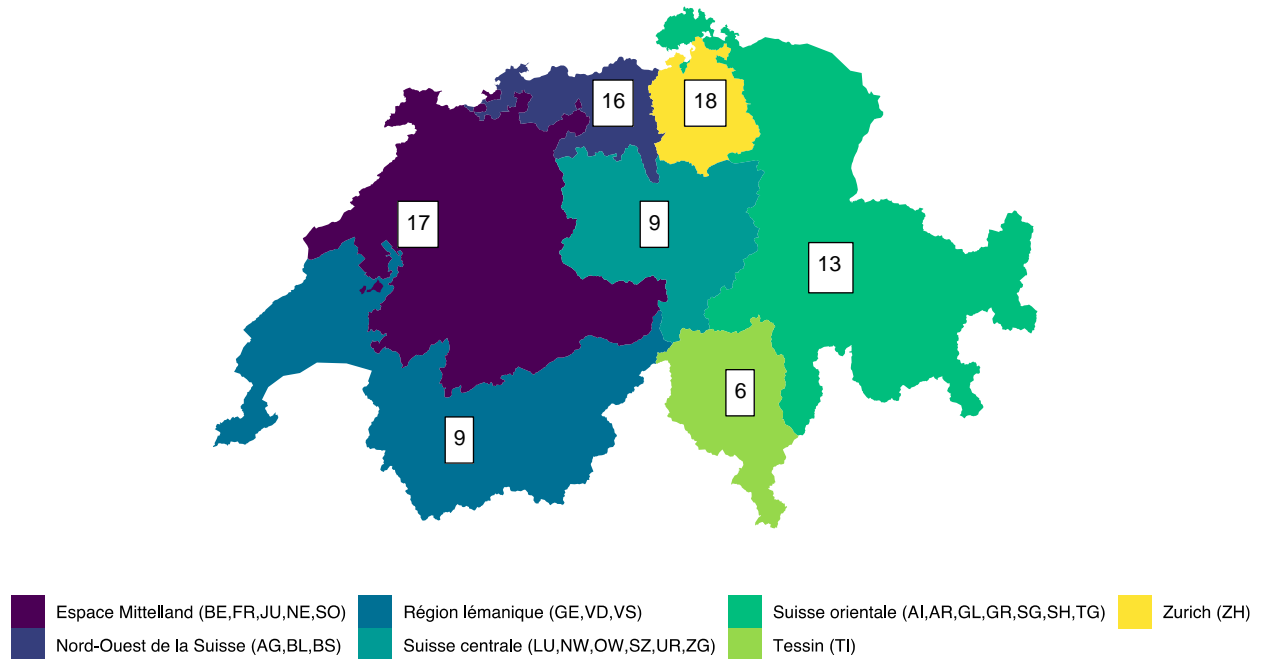


Figure 1 : Nombre d'organisations d'ASaD participantes – sept grandes régions de la Suisse

L'étude a pour objectif principal d'examiner la coordination et la qualité de l'aide et des soins à domicile en Suisse ainsi que de déterminer les facteurs d'influence à cet égard. Elle a relevé des données auprès de cinq groupes (organisations d'ASaD, personnel d'ASaD, client·e·s, proches et données concernant les client·e·s saisies par voie électronique), dans le but d'identifier les domaines susceptibles de profiter d'une amélioration de la qualité et de mettre en évidence des pistes au niveau de chaque groupe. Les résultats du projet visent à apporter un soutien aux organisations d'ASaD et aux politiques dans l'optique d'améliorer la qualité des soins et de l'accompagnement et à accroître la visibilité des organisations.

Pour de plus amples informations concernant l'étude (contexte, méthode, recueil des données, etc.), veuillez consulter l'[appendice](#).

1.1 Structure du rapport et indications pour la lecture

Le présent rapport national vise à décrire les résultats de l'étude SPOT^{nat}. Il n'aborde pas les analyses de corrélation, qui seront effectuées dans le cadre des publications scientifiques. Les données utilisées pour ce rapport découlent de quatre questionnaires, adressés aux directions/services, au personnel, aux client·e·s et à leurs proches.

Le rapport est structuré par thème. Pour chaque thème, un résumé décrit les résultats de l'enquête menée auprès des directions/services, du personnel, des client·e·s et de leurs proches, selon ce qui est pertinent. Afin de faciliter la lecture, les sous-titres précisent de quels résultats il s'agit (p. ex. « point de vue du personnel »).



Les informations relatives à l'échantillon figurent au chapitre 2, qui décrit les caractéristiques des organisations, des collaborateur·rice·s, des client·e·s et de leurs proches.

Les chapitres 3 à 21 sont chacun consacrés à un thème ; les résultats de l'enquête y sont présentés sous forme de figures, de tableaux ou de texte.

Des expert·e·s issu·e·s de la pratique ou du monde scientifique ou éducatif ont en outre été invité·e·s à apporter un éclairage sur certains thèmes, sous l'angle de leur importance pour la Suisse, dans l'optique de formuler des recommandations. Les commentaires des expert·e·s figurent en fin de chapitre, dans un encadré.

Les deux derniers chapitres sont consacrés à la discussion et à une brève conclusion.

L'appendice contient quant à lui des informations détaillées sur l'étude ainsi que les sources des items utilisés.

Un fichier [Excel](#) est en outre mis à la disposition des acteur·rice·s intéressé·e·s, qui y trouveront les résultats sous forme de tableaux, classés par source et assortis d'informations détaillées concernant les instruments de mesure utilisés.

1.2 Représentativité des données

Malgré tout le soin porté à la définition de l'échantillon aléatoire, nous partons du principe que ce dernier n'est pas totalement représentatif pour la Suisse. La procédure a été menée pendant la pandémie de COVID-19 et la fluctuation importante de la charge de travail des organisations d'ASaD a eu des répercussions sur la participation à l'enquête. Alors que 120 organisations avaient initialement accepté de participer, 30 d'entre elles se sont retirées avant le début de l'étude, et deux autres ont renoncé en cours d'étude, que ce soit par manque de personnel/en raison d'une surcharge de travail pendant la pandémie ou pour d'autres motifs. Nous supposons dès lors que les données recueillies présentent un biais positif, à savoir que l'échantillon comprend principalement des organisations d'ASaD en situation relativement stable, si bien que les résultats dépeignent vraisemblablement une situation meilleure que ne l'est réellement la situation générale dans le domaine de l'ASaD en Suisse.

1.3 Informations concernant la présentation des résultats

Le présent rapport est divisé par domaines thématiques. Au début de chaque chapitre, nous définissons le thème et expliquons sa pertinence pour l'ASaD sous l'angle de la coordination et de la qualité.

Les résultats de l'enquête sont exposés par thème sous forme de texte, de figures ou de tableaux. Nous commentons en outre les particularités des résultats.

Lorsque nous utilisons des expressions comme « 80 % étaient d'accord », le pourcentage indiqué englobe les pourcentages de toutes les options de réponse positive (p. ex. 60 % « plutôt d'accord » et 20 % « tout à fait d'accord »).

Informations concernant les diagrammes en bâtons empilés

La présentation des résultats dans des diagrammes en bâtons empilés à l'horizontale est particulièrement utile pour comparer les pourcentages obtenus par les différentes options de réponse (voir Figure 2).

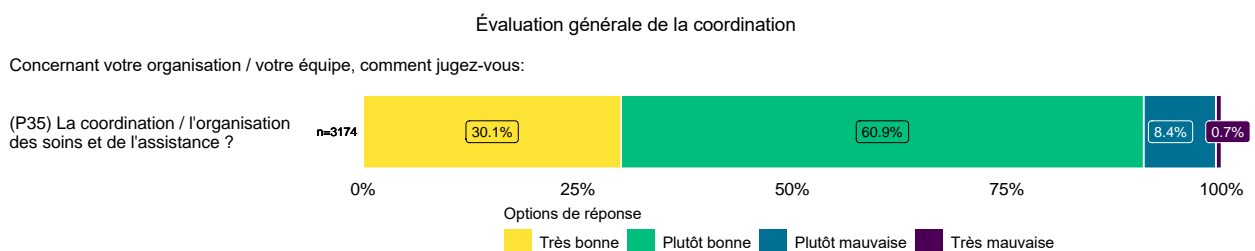


Figure 2 : Exemple de diagramme en bâtons empilé



À gauche de la figure se trouvent le numéro d’item (« B » — de l’allemand *Betrieb* — indique le questionnaire « direction/service », « P » le questionnaire destiné au personnel, « K » — de l’allemand *Klient/-in* — le questionnaire destiné aux client·e·s, et « A » — de l’allemand *Angehörige* — le questionnaire destiné aux proches), le texte de l’item (c.-à-d. le texte figurant dans le questionnaire) et le nombre de réponses valables (n) ; à droite, le diagramme présentant le pourcentage obtenu par chaque option de réponse, avec les différentes options et leur code couleur en dessous. Le total correspond toujours à 100 %. (La longueur du texte de l’item influe sur la largeur des barres du diagramme.) Les pourcentages sont arrondis au dixième près ; dans certains cas, cela peut avoir pour conséquence que la somme des pourcentages de toutes les options de réponse ne correspond pas exactement à 100 %.

Le nombre de réponses valables (n) varie en fonction du nombre de personnes ayant donné leur avis sur un item. Les données relatives au nombre de personnes ayant donné une réponse non valide (p. ex. « ne sais pas », « pas nécessaire » ou item sauté pour des raisons de contenu) se trouvent dans le fichier [Excel](#).

Informations concernant la présentation de la moyenne et de la médiane

Dans certains domaines thématiques, nous examinons le nombre donné dans les réponses, comme « le nombre de cas dont une personne est responsable ». Nous indiquons ensuite dans la figure la moyenne (M) ou la médiane (Md) des résultats obtenus selon le type de question(s) :

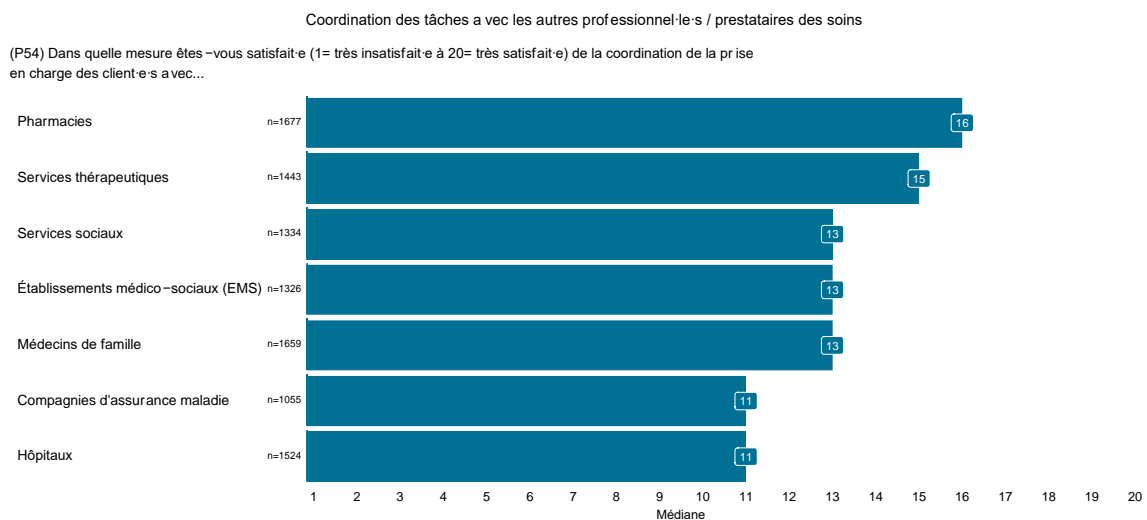


Figure 3 : Exemple de diagramme en bâtons

Dans ce diagramme (Figure 3), les options de réponse se trouvent à gauche. L’axe des abscisses indique le nombre de réponses par option ; plus la barre est longue, plus la moyenne ou la médiane est élevée. La valeur moyenne est la moyenne arithmétique des données. La médiane, également appelée valeur centrale, désigne quant à elle la valeur exacte au milieu d’une série de données, qui sépare la moitié supérieure de la moitié inférieure des données composant la série. Dans nos figures, la moyenne ou la médiane est présentée à droite des barres.

Dans le commentaire des résultats, lorsque nous utilisons la moyenne, nous indiquons entre parenthèses l’écart-type (ET, c.-à-d. l’écart moyen des valeurs mesurées par rapport à la moyenne), ce qui donne lieu à des formulations comme « une moyenne de 5,0 (ET 0,74) ».

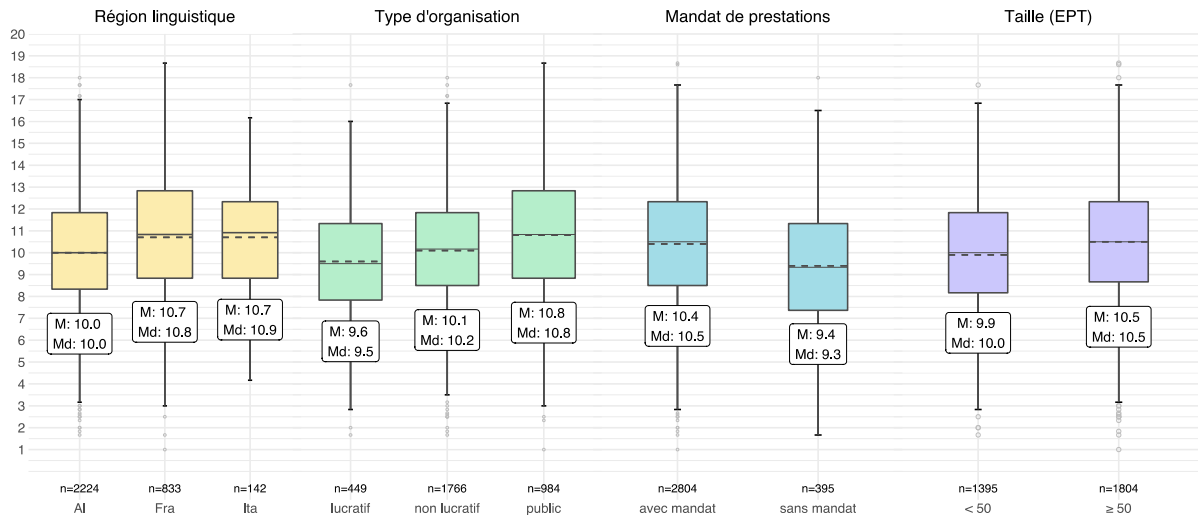
Les quartiles sont les valeurs qui divisent les données d’un échantillon en quatre parts égales. Le présent rapport indique parfois, en plus de la médiane (qui correspond au 2^e quartile), l’écart interquartile (EI), qui englobe 50 % des valeurs situées au milieu de l’échantillon. Dans le commentaire des résultats, on parle par exemple d’une « médiane de 3,0 [EI 2,0-5,0] », où l’écart interquartile est indiqué entre crochets. Dans notre exemple, cela signifie que 50 % des réponses se situent entre 2 et 5.



Informations concernant la présentation des échelles

Lorsque les items permettent l'établissement d'une échelle, nous indiquons en outre, si cela est opportun, les résultats dans les quatre groupes suivants : région linguistique, type d'organisation, mandat de prestations et taille des organisations d'ASaD (équivalent plein temps, EPT). Pour de plus amples informations concernant le calcul des valeurs de l'échelle et les instruments, veuillez consulter l'appendice (Échelles).

Les comparaisons de groupes sont présentées sous forme de texte ou de figure, comme dans l'exemple ci-dessous :



Instrument : National Aeronautics and Space Administration Task Load Index (NASA-TLX) [1]

Légende : M = moyenne, Md = médiane, EPT = équivalent plein temps.

Al = région alémanique, Fra = région francophone, Ita = région italophone.

Lucratif = organisations privées à but lucratif, non lucratif = organisations privées à but non lucratif, public = organisations publiques.

<50 = moins de 50 EPT. ≥50 = 50 ou plus d'EPT.

Pour plus d'informations concernant la figure, voir [Informations concernant la présentation des résultats](#).

Figure 4 : Exemple de figure de comparaison de groupes

La répartition des organisations d'ASaD par région linguistique se fait à l'échelle communale, en fonction de la langue dominante dans la commune concernée¹. Les trois régions linguistiques sont désignées comme suit : « Al » = alémanique, « Fra » = francophone, « Ita » = italophone.

Les données relatives au type d'organisation se basent sur les informations fournies par les directions. Le questionnaire « direction/service » prévoyait les options suivantes : structure privée à but lucratif (abrégiée « lucratif » dans la figure), structure privée à but non lucratif (« non lucratif ») et mission de droit public (« public »).

Dans ce même questionnaire, les directions ont en outre indiqué si elles disposaient d'un mandat de prestations, c'est-à-dire si elles ont conclu un contrat de prestations avec une ou plusieurs communes, voire avec le canton. Le sous-groupe « avec mandat » contient les organisations d'ASaD ayant répondu par « oui », et le sous-groupe « sans mandat » celles ayant coché « non ».

Le quatrième groupe décrit la taille des organisations d'ASaD en équivalent plein temps (EPT). Dans le questionnaire qui leur était adressé, les directions ont indiqué le nombre d'EPT (c.-à-d. la somme des taux d'occupation des emplois occupés par les personnes travaillant dans l'organisation) que comptait leur filiale d'ASaD à la fin de 2020. Dans ce rapport, nous avons divisé les organisations d'ASaD en deux groupes :

¹ Source : Office fédéral de la statistique (2016), langue principale par commune, disponible sur www.atlas.bfs.admin.ch/maps/13/fr/12474_3175_235_227/20584.html.

moins de 50 EPT (< 50 petites entreprises) et 50 ou plus d'EPT (≥ 50 moyennes et grandes entreprises), sur la base de la définition employée par l'Office fédéral de la statistique².

Les comparaisons de groupes sont présentées dans un diagramme en boîte, où chaque barre représente un sous-groupe. En voici un exemple :

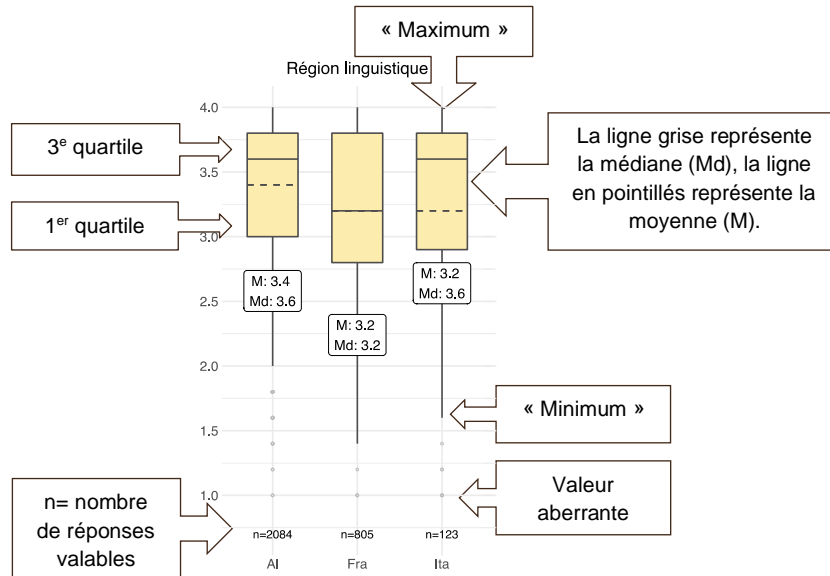


Figure 5 : Exemple de comparaison de groupes — sous-groupe

Les valeurs de la ligne grise (Md) et de la ligne pointillée (M) sont également indiquées sous forme de texte encadré en dessous ou au-dessus de chaque boîte. Elles ont été arrondies au dixième près ; il peut donc arriver que la moyenne et la médiane aient la même valeur dans l'encadré, alors que dans la boîte, qui représente les valeurs brutes, l'une des lignes est légèrement en dessous ou au-dessus de l'autre. Dans notre exemple, la moyenne de la région alémanique est de 3,4 et la médiane s'inscrit à 3,6. Elles sont donc légèrement supérieures à celles des régions italophones et francophones. Contrairement à ce que l'on pourrait penser de prime abord, de telles différences ne sont pas toujours importantes sous l'angle statistique. Dans le but d'évaluer les différences, nous avons calculé, pour toutes les comparaisons, la différence moyenne standardisée (les valeurs possibles vont de 0 à 1, les valeurs à partir de 0,2 indiquant l'existence d'au moins une différence significative entre les sous-groupes). Plus cette valeur est élevée, plus la différence entre les sous-groupes est marquée. Nous avons fixé une valeur seuil de 0,2 à partir de laquelle les différences observées ont été commentées dans le texte accompagnant une figure. (En d'autres termes, le présent rapport n'examine pas en détail les différences dont la valeur moyenne standardisée est inférieure à 0,2, c.-à-d. où l'écart entre les sous-groupes n'est pas significatif. Les valeurs moyennes standardisées sont présentées dans le fichier [Excel](#)).

Le tableau ci-dessous contient les définitions des valeurs utilisées dans le diagramme en boîte et d'autres termes statistiques employés dans le rapport :

² Source : Office fédéral de la statistique (2020), disponible sur www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/industrie-services/entreprises-emplois/structure-economie-entreprises/pme.html.



Termes	Explication
« Minimum »	Correspond au 1 ^{er} quartile auquel on soustrait 1,5 fois l'écart interquartile (EI) (\neq valeur la plus petite).
1 ^{er} quartile	Correspond à la valeur centrale située entre la plus petite valeur et la médiane de l'ensemble de données. Le 1 ^{er} quartile correspond aussi au 25 ^e percentile (25 % de toutes les valeurs sont inférieures à ce chiffre, 75 % y sont supérieures).
Moyenne ou valeur moyenne (M)	Correspond à la somme de toutes les valeurs divisée par le nombre de ces valeurs.
Médiane (Md)	Correspond à la valeur centrale d'un ensemble de données, c'est-à-dire que 50 % des données y sont inférieures et 50 % supérieures. La médiane correspond aussi au 2 ^e quartile et au 50 ^e percentile.
Écart interquartile (EI)	Correspond aux valeurs comprises entre le 1 ^{er} quartile/25 ^e percentile et le 3 ^e quartile/75 ^e percentile.
3 ^e quartile	Correspond à la valeur centrale située entre la médiane et la valeur la plus élevée de l'ensemble de données. Correspond aussi au 75 ^e percentile (75 % des résultats sont inférieurs à ce chiffre, 25 % y sont supérieurs).
« Maximum »	Correspond au 3 ^e quartile auquel on ajoute 1,5 fois l'écart interquartile (EI) (\neq valeur la plus élevée).
Valeur aberrante	Correspond à une valeur particulièrement basse ou élevée qui ne s'aligne pas sur les autres résultats de l'ensemble de données (points gris dans la figure).
Écart-type (ET)	Correspond à l'écart moyen des valeurs mesurées par rapport à la moyenne.
Différence moyenne standardisée (également appelée « taille d'effet » et « d de Cohen »)	Calculée à partir de la différence entre deux moyennes de groupes, divisée par l'écart-type de l'ensemble de données. La différence moyenne standardisée est mesurée sur une échelle de 0 à 1, où les valeurs situées entre 0,2 et 0,49 indiquent une « petite » différence, celles entre 0,5 et 0,79 une différence « moyenne » et celles supérieures ou égales à 0,8 une « grande » différence entre les groupes.

Tableau 1 : Définitions des termes statistiques

Informations relatives aux commentaires des expert·e·s

La présentation graphique des résultats et leur description sont généralement suivies du commentaire d'un·e expert·e reconnu·e du domaine concerné. Ces commentaires sont présentés dans un encadré.

Nous avons demandé à ces expert·e·s issu·e·s de la pratique ou du monde scientifique ou éducatif de commenter les résultats de l'étude de leur point de vue, en gardant à l'esprit trois questions centrales :

1. Qu'est-ce qui vous frappe le plus dans ces résultats ? Quelle interprétation en faites-vous ?
2. Quels effets ces résultats sont-ils susceptibles d'avoir ? Quel usage pourrait-on en faire ?
3. Selon vous, ces résultats mettent-ils en lumière une nécessité d'agir ou des pistes d'amélioration ?

Le nom de l'auteur·rice, sa fonction, son employeur ou son lieu de travail figurent en haut du commentaire. Les commentaires expriment les opinions des auteur·rice·s. Ils ont pour rôle d'aider à interpréter les résultats et à en comprendre les implications pour l'ASaD et le système de santé suisse ainsi qu'à les replacer dans un contexte plus large.



2 Caractéristiques générales de l'échantillon

2.1 Caractéristiques générales des organisations d'ASaD participantes

Un échantillon aléatoire a été constitué sur la base des 767 services d'ASaD identifiés (en 2019) au sein des sept grandes régions de la Suisse. Parmi les 457 services contactés, 88 ont finalement participé à la présente étude.

Caractéristiques des organisations d'ASaD participantes	Nombre d'organisations d'ASaD (%)	Nombre de valeurs manquantes (%)
Région linguistique	88	0 (0,0 %)
Suisse alémanique	67 (76,1 %)	
Suisse romande	14 (15,9 %)	
Suisse italienne	7 (8,0 %)	
Zone d'activité	88	0 (0,0 %)
Zone urbaine	17 (19,3 %)	
Agglomération	32 (36,4 %)	
Zone rurale	39 (44,3 %)	
Type d'organisation	88	0 (0,0 %)
Publique	15 (17,0 %)	
Privée, à but non lucratif	47 (53,4 %)	
Privée, à but lucratif	26 (29,6 %)	
Mandat de prestations avec des communes/cantons	88	0 (0,0 %)
Oui	69 (78,4 %)	
Non	19 (21,6 %)	
Nombre de client·e·s en 2020³	85	3 (3,4 %)
≤ 100 client·e·s	14 (16,5 %)	
101 – 200 client·e·s	17 (20,0 %)	
201 – 300 client·e·s	16 (18,8 %)	
301 – 500 client·e·s	12 (14,1 %)	
501 – 1000 client·e·s	13 (15,3 %)	
> 1000 client·e·s	13 (15,3 %)	
Durée moyenne des soins LAMal par client·e en 2020	83	5 (5,7 %)
Inférieure ou égale à 50 heures	10 (12,1 %)	
Supérieure à 50, mais inférieure ou égale à 70 heures	27 (32,5 %)	
Supérieure à 70, mais inférieure ou égale à 100 heures	19 (22,9 %)	
Plus de 100 heures	27 (32,5 %)	

³ Valeurs selon la statistique 2020 de l'aide et des soins à domicile de l'Office fédéral de la statistique, telles que transmises par les organisations d'ASaD participantes.



Caractéristiques des organisations d'ASaD participantes	Nombre d'organisations d'ASaD (%)	Nombre de valeurs manquantes (%)
Évaluation des besoins effectuée avec RAI-HC MDS/interRAI	88	0 (0 %)
Non	4 (4,5 %)	
Oui	84 (95,5 %)	
Pourcentage approximatif de client·e·s recevant des soins pour lequel·le·s un RAI-HC MDS/interRAI est complété :	84	
Jusqu'à 25 %	6 (7,1 %)	
26 – 50 %	2 (2,4 %)	
51 – 75 %	15 (17,9 %)	
76 – 100 %	61 (72,6 %)	
Personnel soignant et d'assistance à fin 2020	85	3 (3,4 %)
≤ 20 collaborateur·rice·s	18 (21,2 %)	
21 – 50 collaborateur·rice·s	32 (37,6 %)	
51 – 100 collaborateur·rice·s	17 (20,0 %)	
101 – 200 collaborateur·rice·s	10 (11,8 %)	
> 200 collaborateur·rice·s	8 (9,4 %)	

LAMal = Loi sur l'assurance-maladie, RAI-HC = Resident Assessment Instrument — Home Care, MDS = Minimum Data Set

Tableau 2 : Caractéristiques des organisations d'ASaD participantes



2.2 Caractéristiques générales du personnel d'ASaD participant

3 223 collaborateur·rice·s d'ASaD de toute la Suisse ont participé à l'étude (taux de réponse : 73 %).

Caractéristiques du personnel d'ASaD participant	Nombre de collaborateur·rice·s d'ASaD (%)	Nombre de valeurs manquantes (%)
Région linguistique	3 223	0 (0,0 %)
Suisse alémanique	2 242 (69,6 %)	
Suisse romande	838 (26,0 %)	
Suisse italienne	143 (4,4 %)	
Genre	3 192	31 (1,0 %)
Femme	3 001 (94,0 %)	
Homme	185 (5,8 %)	
Non binaire	6 (0,2 %)	
Âge	3 112	111 (3,4 %)
Moins de 25 ans	141 (4,5 %)	
25 – 34 ans	486 (15,6 %)	
35 – 44 ans	632 (20,3 %)	
45 – 54 ans	846 (27,2 %)	
55 – 64 ans	945 (30,4 %)	
65 ans ou plus	62 (2,0 %)	
Domaines de travail (plusieurs réponses possibles)		
Soins	2 786 (87,3 %)	32 (1,0 %)
Aide pratique	1 408 (44,1 %)	31 (1,0 %)
Accompagnement/assistance	1 603 (50,3 %)	33 (1,0 %)
Administration	844 (26,4 %)	32 (1,0 %)
Travail dans au moins deux des domaines susmentionnés	2 020 (63,3 %)	34 (1,1 %)
Expérience professionnelle	2 948	275 (8,5 %)
Moins de 1 an	105 (3,6 %)	
1 – 2 ans	119 (4,0 %)	
Plus de 2 ans, mais moins de 5 ans	149 (5,0 %)	
5 – 10 ans	466 (15,8 %)	
Plus de 10 ans, mais moins de 20 ans	597 (20,3 %)	
20 ans ou plus	1 512 (51,3 %)	



Caractéristiques du personnel d'ASaD participant	Nombre de collaborateur-riche-s d'ASaD (%)	Nombre de valeurs manquantes (%)
Catégories professionnelles⁴	3 193	30 (0,9 %)
Personnel infirmier titulaire d'un master (MSN)	56 (1,8 %)	
Personnel infirmier avec compétences pour l'évaluation des besoins et le conseil (p. ex. DN II, infirmier-ère diplômé-e)	1 117 (35,0 %)	
Personnel infirmier avec compétences en soins thérapeutiques, mais pas pour l'évaluation des besoins et le conseil (p. ex. infirmier-ère avec moins de deux ans d'expérience)	136 (4,3 %)	
Personnel soignant/d'assistance avec compétences en soins de base et pour certains soins thérapeutiques (p. ex. assistante en soins et santé communautaire)	739 (23,1 %)	
Personnel soignant/d'assistance avec compétences en soins de base, mais pas en soins thérapeutiques (p. ex. accompagnateur-trice pour personnes âgées)	28 (0,9 %)	
Personnel soignant/d'assistance sans responsabilité du cas (p. ex. assistant-e santé-social)	621 (19,4 %)	
Personnel auxiliaire sans compétences en soins de base (p. ex. aide pratique)	236 (7,4 %)	
Apprenti-e, étudiant-e, stagiaire	85 (2,7 %)	
Administration, autre catégorie professionnelle, autre	175 (5,4 %)	
Pays dans lequel a été suivie la formation de base dans les soins/l'assistance	2 851	372 (11,5 %)
Suisse	2 469 (86,6 %)	
Allemagne	99 (3,5 %)	
Italie	60 (2,1 %)	
Autriche	9 (0,3 %)	
France	120 (4,2 %)	
Autre pays	94 (3,3 %)	
Taux d'occupation	3 136	87 (2,7 %)
≤ 20 %	138 (4,4 %)	
21 – 40 %	490 (15,6 %)	
41 – 60 %	913 (29,1 %)	
61 – 80 %	1 020 (32,5 %)	
> 80 %	575 (18,4 %)	

⁴ Catégories professionnelles basées sur la convention administrative Aide et soins à domicile (Personnel qualifié) disponible sur : https://www.spitex.ch/files/OFPZXHJ/2021_04_01_vert_administrativvertrag_hsk_frz.pdf



Caractéristiques du personnel d'ASaD participant	Nombre de collaborateur·rice·s d'ASaD (%)	Nombre de valeurs manquantes (%)
Motifs du travail à temps partiel (seules les personnes avec un taux d'occupation inférieur à 100 % ont répondu ; plusieurs réponses possibles)	2 783	
Taux d'occupation souhaité	1 602 (57,6 %)	
Travailler à 100 % n'est pas possible dans ce service	370 (13,3 %)	
Problèmes/restrictions liés à la santé	198 (7,1 %)	
Formation/études	115 (4,1 %)	
Responsabilités familiales	1 052 (37,8 %)	
Collaboration dans les entreprises familiales/activité accessoire/emploi secondaire	208 (7,5 %)	
Autres obligations personnelles	260 (9,3 %)	
Travail par roulement	47 (1,7 %)	
Autres	242 (8,7 %)	
Durée d'engagement dans l'organisation	2 996	227 (7,0 %)
Moins de 1 an	354 (11,8 %)	
1 – 2 ans	647 (21,6 %)	
Plus de 2 ans, mais moins de 5 ans	500 (16,7 %)	
5 – 10 ans	854 (28,5 %)	
Plus de 10 ans, mais moins de 20 ans	434 (16,2 %)	
20 ans ou plus	207 (5,2 %)	
Contrat de travail à durée déterminée	3 170	53 (1,6 %)
Oui	291 (9,2 %)	
Non	2 879 (90,8 %)	

Tableau 3 : Caractéristiques du personnel d'ASaD participant



2.3 Caractéristiques générales des client·e·s participant·e·s

1 509 client·e·s de services d'ASaD de toute la Suisse ont participé à l'étude (taux de réponse : 37 %).

Caractéristiques des client·e·s participant·e·s	Nombre de client·e·s (%)	Nombre de valeurs manquantes (%)
Région linguistique	1 509	0 (0,0 %)
Suisse alémanique	1 093 (72,4 %)	
Suisse romande	299 (19,8 %)	
Suisse italienne	117 (7,8 %)	
Genre	1 465	44 (2,9 %)
Femme	918 (62,7 %)	
Homme	547 (37,3 %)	
Non binaire	0 (0,0 %)	
Âge	1 475	34 (2,3 %)
< 60 ans	43 (2,9 %)	
60 – 64 ans	62 (4,2 %)	
65 – 74	218 (14,8 %)	
75 – 84	497 (33,7 %)	
85 – 94	599 (40,6 %)	
≥ 95	56 (3,8 %)	
Conditions de logement	1 427	82 (5,4 %)
Habite seul·e	834 (58,4 %)	
N'habite pas seul·e	593 (41,6 %)	
Langue majoritaire au domicile	1 481	28 (1,9 %)
Allemand	1 016 (68,6 %)	
Français	286 (19,3 %)	
Italien	128 (8,7 %)	
Romanche	18 (1,2 %)	
Autre	33 (2,2 %)	
Type d'aide reçue par le service d'ASaD au cours des 7 derniers jours (plusieurs réponses possibles)	1 509	
Soins (p. ex. aide pour s'habiller, se déplacer, prendre les médicaments)	1 197 (79,3 %)	
Aide au ménage (p. ex. faire la lessive, cuisiner, nettoyer)	454 (30,1 %)	
Autres (p. ex. service de repas, service de transport)	264 (17,5 %)	



Caractéristiques des client-e-s participant-e-s	Nombre de client-e-s (%)	Nombre de valeurs manquantes (%)
Aide pour remplir le questionnaire	1 408	101 (6,7 %)
Oui	760 (54,0 %)	
Non	648 (46,0 %)	
Type d'aide reçue pour remplir le questionnaire (plusieurs réponses possibles)	760	-
Lecture des questions au/à la client-e	538 (70,8 %)	
Transcription des réponses du/de la client-e	398 (52,4 %)	
Réponse aux questions à la place du/de la client-e	262 (34,5 %)	
Traduction des questions au/à la client-e	59 (7,8 %)	
Autre	41 (5,4 %)	
Auto-évaluation de l'état de santé général	1 478	31 (2,1 %)
Excellent	10 (0,7 %)	
Très bon	61 (4,1 %)	
Bon	469 (31,7 %)	
Médiocre	753 (51,0 %)	
Mauvais	185 (12,5 %)	
Auto-évaluation de la santé mentale ou émotionnelle générale	1 471	38 (2,5 %)
Excellente	83 (5,6 %)	
Très bonne	233 (15,8 %)	
Bonne	643 (43,7 %)	
Médiocre	436 (29,7 %)	
Mauvaise	76 (5,2 %)	

Tableau 4 : Caractéristiques des client-e-s des services d'ASaD participant-e-s



2.4 Caractéristiques générales des proches participant·e·s

Un total de 1 165 proches ont participé à l'étude. Il n'est pas possible de calculer le taux de réponse, car il est impossible de savoir combien de client·e·s ont effectivement transmis à leurs proches le questionnaire leur étant destiné (4 275 questionnaires ont été envoyés). Les questionnaires ont toujours été envoyés par deux, à raison d'un questionnaire pour les client·e·s et d'un questionnaire pour les proches par enveloppe. 1 034 paires/dyades de questionnaires client·e·s/proches nous ont été retournées.

Caractéristiques des proches participant·e·s	Nombre de proches (%)	Nombre de valeurs manquantes (%)
Région linguistique	1 165	0 (0,0 %)
Suisse alémanique	830 (71,2 %)	
Suisse romande	240 (20,6 %)	
Suisse italienne	95 (8,2 %)	
Genre	1 064	101 (8,7 %)
Femme	720 (67,7 %)	
Homme	344 (32,3 %)	
Non binaire	0 (0,0 %)	
Âge	1 076	89 (7,6 %)
Moins de 18 ans	0 (0,0 %)	
18 – 24 ans	1 (0,1 %)	
25 – 34 ans	18 (1,7 %)	
35 – 44 ans	38 (3,5 %)	
45 – 54 ans	193 (17,9 %)	
55 – 64 ans	376 (34,9 %)	
65 – 74 ans	214 (19,9 %)	
75 – 84 ans	170 (15,8 %)	
85 – 94 ans	61 (5,7 %)	
95 ans ou plus	5 (0,5 %)	
Relation entre le/la client·e et le proche répondant au questionnaire	1 127	38 (3,3 %)
Partenaire	352 (31,2 %)	
Mère/père	524 (46,5 %)	
Belle-mère/beau-père	23 (2,0 %)	
Sœur/frère	35 (3,1 %)	
Fille/fils	92 (8,2 %)	
Ami·e ou voisin·e	30 (2,7 %)	
Autre	71 (6,3 %)	



Caractéristiques des proches participant·e·s	Nombre de proches (%)	Nombre de valeurs manquantes (%)
Éloignement du domicile du/de la client·e	1 135	30 (2,6 %)
Sous le même toit	503 (44,3 %)	
Moins de 5 km	287 (25,3 %)	
5 km — 15 km	133 (11,7 %)	
Plus de 15 km, mais moins de 30 km	90 (7,9 %)	
30 km ou plus	122 (10,8 %)	
Langue majoritaire au domicile	1 091	74 (6,4 %)
Allemand	736 (67,5 %)	
Français	226 (20,7 %)	
Italien	97 (8,9 %)	
Romanche	12 (1,1 %)	
Autre	20 (1,8 %)	
Auto-évaluation de l'état de santé général	1 090	75 (6,4 %)
Excellent	139 (12,8 %)	
Très bon	344 (31,6 %)	
Bon	426 (39,0 %)	
Médiocre	167 (15,3 %)	
Mauvais	14 (1,3 %)	

Tableau 5 : Caractéristiques des proches participant·e·s



3 Qualité des soins et de l'assistance

Il n'existe pas, dans la littérature, de définitions uniformes de la qualité de la prise en charge sanitaire ou de la qualité des soins. Selon l'Institute of Medicine, les soins doivent être sûrs, efficaces, centrés sur la personne, dispensés en temps utile, de manière efficiente et dans le respect de l'égalité des chances [2]. En 2018, l'Organisation mondiale de la santé a, elle aussi, défini les éléments centraux des soins de qualité comme étant efficaces, sûrs et centrés sur la personne [3].

Pour le secteur de l'ASaD, Maybin et al. [4] ont mené des entretiens approfondis avec les client·e·s, les soignant·e·s et les proches pour déterminer ce qui caractérise des soins de qualité. Neuf caractéristiques décrivent spécifiquement la qualité des services d'ASaD :

- 1) la réalisation de soins holistiques pour l'individu,
- 2) la continuité des soins,
- 3) une approche personnelle des collaborateur·rice·s vis-à-vis des client·e·s,
- 4) la planification et la fiabilité des rendez-vous,
- 5) la disponibilité entre les rendez-vous,
- 6) la valorisation et l'implication des proches aidant·e·s et des membres de la famille,
- 7) les soignant·e·s en tant que coordinateur·rice·s et défenseur·euse·s (*advocates*) des client·e·s,
- 8) la compétence clinique et l'expertise, et
- 9) l'information aux client·e·s et le soutien à l'autogestion.

Divers facteurs influent sur la qualité des soins. Le modèle de Dubois et al. [5] cite les ressources en personnel (p. ex. effectifs, palette de compétences), la fourniture de prestations (p. ex. promotion et prévention, gestion des symptômes), l'environnement de travail (p. ex. autonomie, collaboration, leadership), les expériences faites par les patient·e·s (p. ex. continuité), la satisfaction du personnel, le cadre juridique et le contexte de politique sanitaire ainsi que les structures et les capacités de formation comme des facteurs pouvant influencer la qualité des soins. Une étude finlandaise sur l'ASaD a par exemple montré que le personnel soignant considérait l'absence de continuité, le manque de collaboration au sein de l'équipe et les mauvaises conditions de travail (p. ex. le stress dû au manque d'effectifs) comme des facteurs influant négativement sur la qualité des soins [6].

Les chapitres suivants examinent à la fois l'évaluation de la qualité des soins et de l'assistance en général et des éléments spécifiques, et ce du point de vue des collaborateur·rice·s, des directions ainsi que des client·e·s et de leurs proches. D'autres sous-chapitres décrivent, quant à eux, les éléments de l'assurance qualité mis en œuvre par les organisations d'ASaD interrogées, les domaines dans lesquels des formations continues ont été régulièrement organisées et l'existence de structures éthiques. Ils examinent également le travail avec un·e infirmier·ère de pratique avancée (APN) ou avec des expert·e·s en soins infirmiers et, le cas échéant, leurs tâches en matière d'assurance qualité.

Résultats de SPOT^{nat} sur la qualité des soins et de l'assistance

3.1 Qualité générale des soins et de l'assistance (point de vue du personnel et des directions)

Les collaborateur·rice·s participant·e·s étaient invité·e·s à juger la qualité générale des soins et de l'assistance. La majorité a considéré les cinq aspects évalués comme étant « très bons » ou « plutôt bons ». Si l'on considère conjointement les pourcentages correspondants à « très bon » et « plutôt bon », c'est la qualité des soins offerts aux client·e·s qui a été jugée la plus élevée (98,5 %) et la continuité des soins et de l'assistance la plus basse (84,2 %). Près d'un dixième (9,1 %) des personnes interrogées ont jugé la coordination/l'organisation des soins et de l'assistance « plutôt mauvaise », voire « très mauvaise » (voir Figure 6).

Qualité générale des soins et de l'assistance

Concernant votre organisation / votre équipe, comment jugez-vous :

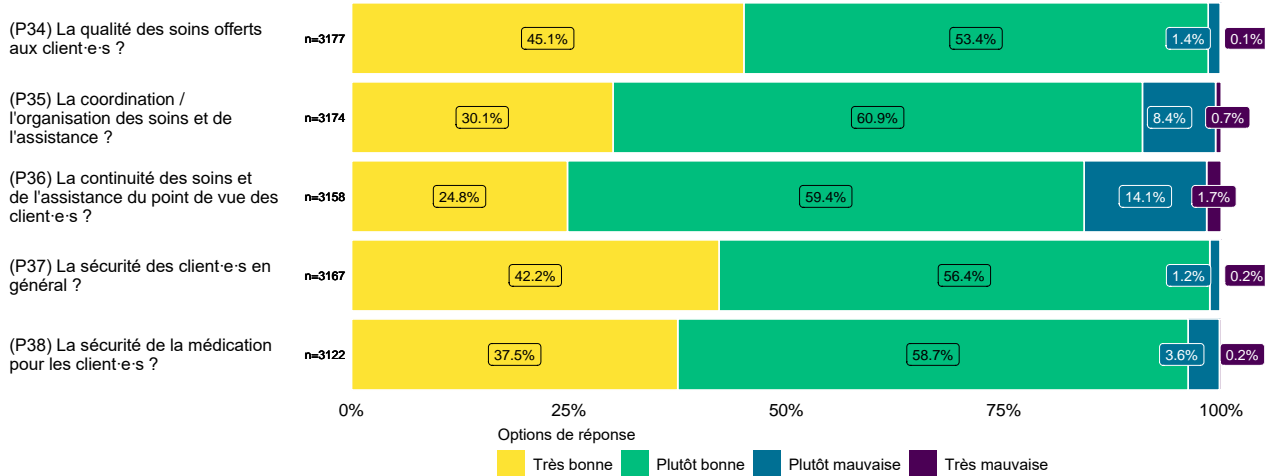


Figure 6 : Qualité générale des soins et de l'assistance (point de vue du personnel)

La moitié des collaborateur·rice·s (50,5 %) a estimé que, dans leur organisation d'ASaD, la qualité des soins ou de l'assistance aux client·e·s était comparable à celle de l'année précédente ; plus d'un tiers (38,1 %) a fait état d'une amélioration, tandis que 11,4 % ont jugé que la qualité s'était détériorée (voir Figure 7).

Évolution de la qualité des soins et de l'assistance

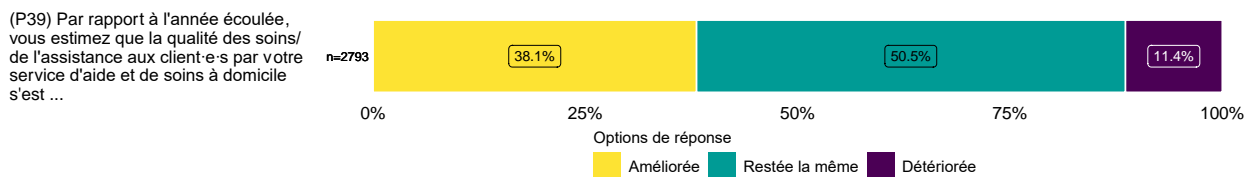


Figure 7 : Qualité des soins/de l'assistance aux client·e·s par rapport à l'année dernière (point de vue du personnel)

Une majorité de 63,7 % du personnel recommanderait certainement l'organisation d'ASaD dans laquelle il travaille à un membre de sa famille ou à ses ami·e·s, et 31,5 % probablement (voir Figure 8).

Recommandation du service d'ASaD à la famille/aux ami·e·s

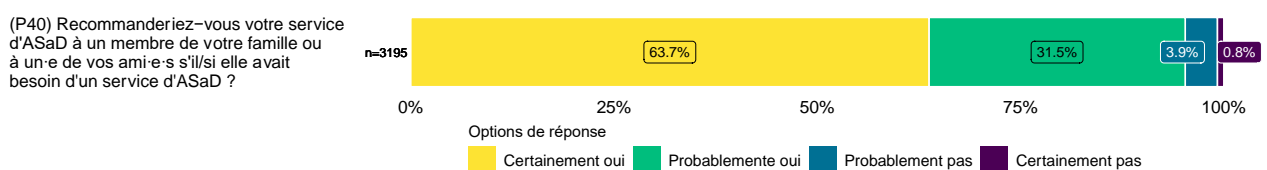


Figure 8 : Recommandation du service d'ASaD (point de vue du personnel)

Parmi les directions, 94,4 % des personnes ont indiqué être « plutôt satisfaites », voire « très satisfaites » de la qualité des soins prodigués au sein de leur organisation, et 91,0 % ont répondu être « plutôt », voire « très satisfaites » du temps que leur organisation peut consacrer aux client·e·s. Les retours relatifs au temps nécessaire au personnel pour la saisie des heures étaient légèrement moins positifs (69,3 % de « très satisfait·e » ou « plutôt satisfait·e »). Plus de la moitié des directions (53,5 %) se sont montrées « très insatisfaites » ou « plutôt insatisfaites » du temps que leur personnel peut facturer pour les tâches de coordination (voir Figure 9).

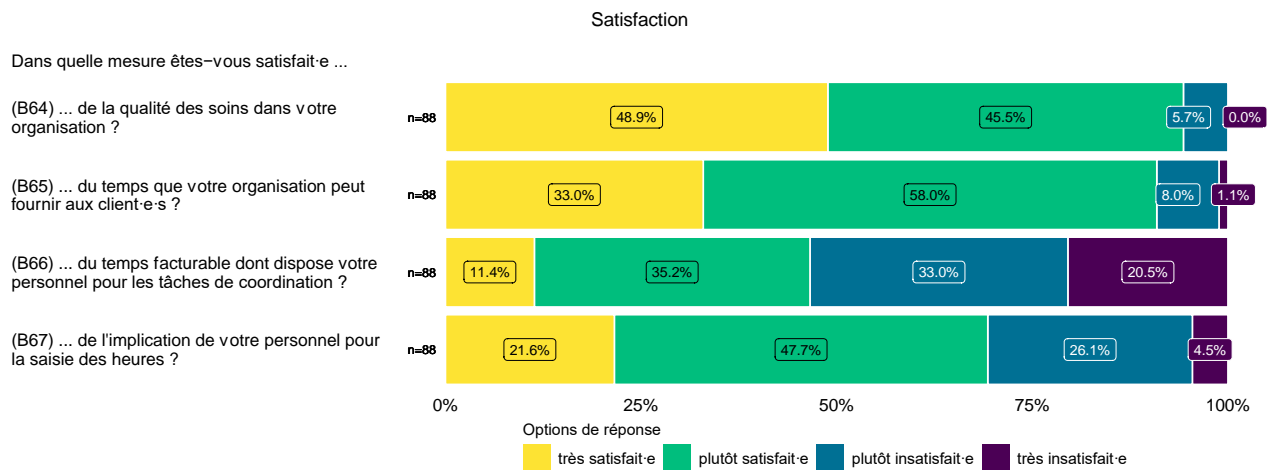


Figure 9 : Satisfaction quant à la qualité et au temps (point de vue des directions)

« Nous devons adopter un langage commun pour faciliter nos interactions et comparaisons entre les différentes institutions d'aide et de soins à domicile. »

Marielle Thomas Katolo

Direction opérationnelle

NOMAD

Des questions spécifiques sur les client-e-s permettent de considérer de nouvelles dimensions pour mettre en place des indicateurs de niveaux de services offerts. Les résultats de l'enquête nous donnent deux perspectives pour interroger l'expérience-client-e interne et externe : la perspective interne sur la manière de poursuivre le système de contrôle interne en améliorant notre outil, et la perspective externe sur la poursuite de cette démarche de questionnement pour les client-e-s, les partenaires et les proches, de manière pérenne, notamment sur la qualité des soins.

Il serait intéressant d'aller plus loin pour avoir un retour plus large de la satisfaction de nos client-e-s.

Ce qui est révélateur, c'est le besoin d'avoir un langage commun sur la notion de qualité des soins. Nous pourrions nous inspirer du travail réalisé au sein d'Aide et soins à domicile dans son « Manuel de qualité d'Aide et soins à domicile Suisse »⁵ pour adopter un langage commun et faciliter nos interactions et comparaisons entre les différentes institutions d'aide et de soins à domicile.

Des décisions institutionnelles devront être prises sur la manière dont cela pourra être réalisé.

⁵ Disponible sur <https://www.spitex-qualitaetsmanual.ch>

3.2 Évaluation des soins et de l'assistance reçus (point de vue des client·e·s et des proches)

L'initiative sur la qualité des soins à domicile lancée en 2003 aux États-Unis pour évaluer la qualité des soins à domicile du point de vue des client·e·s [7] proposait de mettre l'accent sur cinq aspects :

- 1) le professionnalisme des soins prodigués aux patient·e·s,
- 2) la communication entre les professionnels de la santé et les patient·e·s,
- 3) les discussions concernant la douleur, la médication et la sécurité,
- 4) l'attribution d'une note globale pour les soins reçus, et
- 5) la recommandation du prestataire de services à des ami·e·s ou à la famille.

Les deux derniers aspects fournissent une indication globale de la qualité des soins et peuvent également être évalués par les proches aidant·e·s. Dans le cadre d'une enquête réalisée en 2010 en Suisse alémanique, 322 proches de client·e·s d'ASaD âgé·e·s de plus de 65 ans ont été invité·e·s à évaluer les soins en leur attribuant une note globale allant de 1 (pas du tout satisfait·e) à 10 (entièrement satisfait·e). Dans l'ensemble, l'évaluation s'est révélée extrêmement positive : les résultats allaient de 8,4 lorsque le/la proche s'occupant du/de la client·e était son fils et 8,7 lorsque c'était sa fille, à 9,3 lorsqu'il s'agissait de son/sa partenaire [8].

Résultats de SPOT^{nat} sur l'évaluation des soins et de l'assistance

Dans le domaine de la qualité, la présente étude comportait deux questions couvrant l'évaluation de la qualité des soins et de l'assistance de manière globale. Les client·e·s pouvaient évaluer la qualité des soins et de l'assistance sur une échelle de 0 à 10, où 0 indiquait la plus mauvaise qualité et 10 la meilleure. Les client·e·s (n=1 467) ont jugé la qualité très élevée, la médiane des réponses s'inscrivant à 9,0 [EI 8,0-10,0]. Pour ce qui est de la recommandation du service d'ASaD, la majorité des client·e·s (75,4 %) ont indiqué qu'il·elle·s recommanderaient vivement leur service (voir Figure 10).

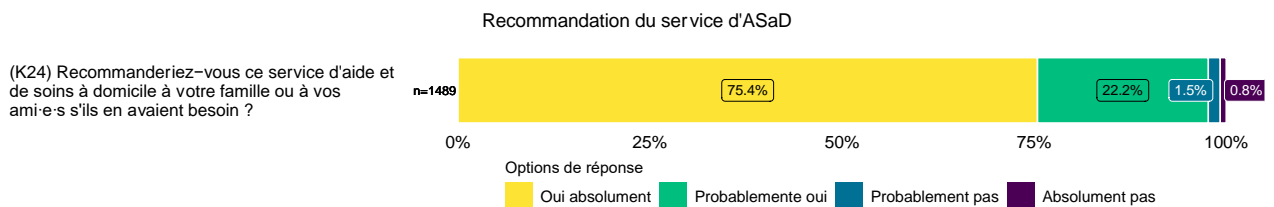


Figure 10 : Recommandation du service d'ASaD (point de vue des client·e·s)

Les proches ont également évalué la qualité des soins et de l'assistance à un niveau très élevé, avec une médiane s'établissant à 9,0 [EI 8,0-10,0] (sur une échelle de 0 à 10, où 0 indiquait la pire qualité et 10 la meilleure). La majorité des proches (73,4 %) recommanderaient aussi vivement le service d'ASaD (voir Figure 11).

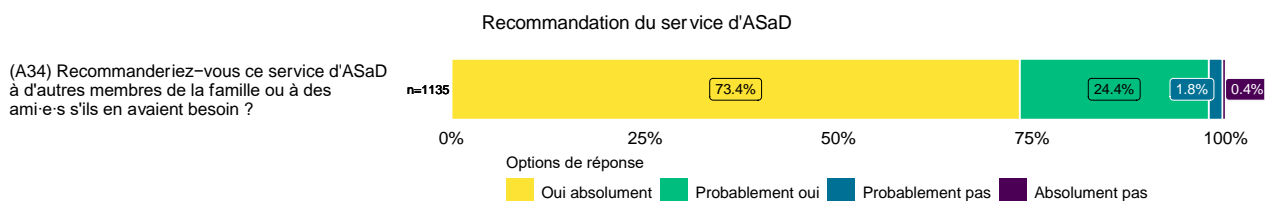


Figure 11 : Recommandation du service d'ASaD (point de vue des proches)

3.3 Mesures pour la garantie de la qualité (point de vue des directions)

La majorité des directions (80,7 %) des organisations participantes ont répondu que l'organisation n'avait pas de label de qualité reconnu.

De même, la majorité des organisations ont indiqué être auditées par le canton (65,9 %) et contrôler régulièrement (au moins une fois par an) les indicateurs de qualité (62,1 %). La plupart des organisations d'ASaD (68,2 %) ne sont pas auditées par une autre organisation (p. ex. une entreprise externe) (voir Figure 12).

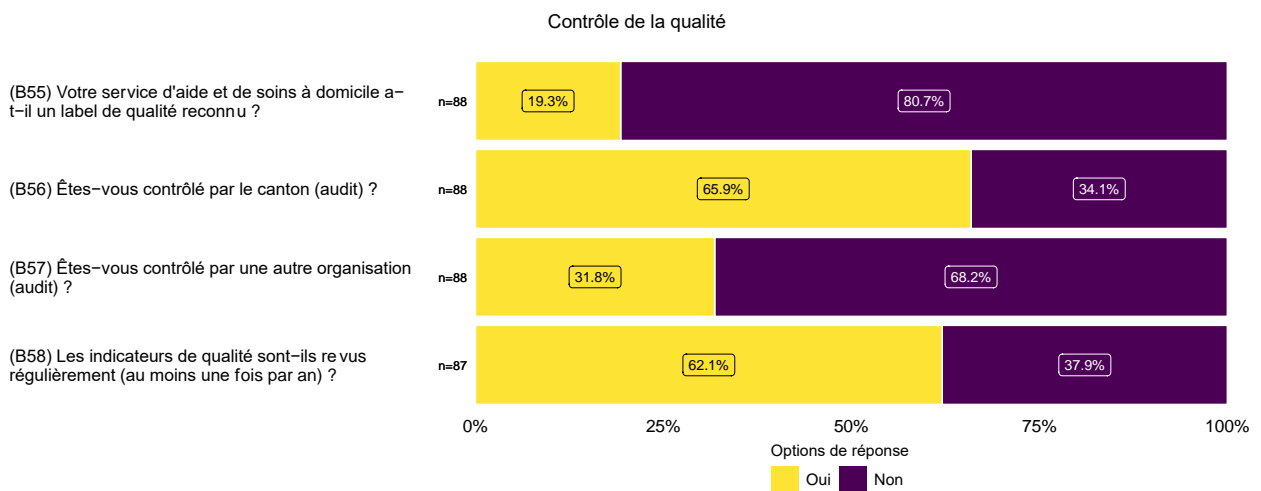


Figure 12 : Contrôle de la qualité (point de vue des directions)

Parmi les 17 organisations ayant indiqué avoir un label de qualité reconnu, le plus fréquent était la « certification ISO 9001 2015 » (37,5 %).

La majorité des organisations d'ASaD (96,6 %) ont également répondu qu'il existait des descriptions claires des tâches et des rôles pour les différents groupes professionnels au sein de leur organisation d'ASaD.

Les organisations d'ASaD ont été priées d'indiquer les domaines pour lesquels elles disposaient de lignes directrices et/ou des procédures opérationnelles standardisées. Les trois domaines les plus souvent cochés étaient l'hygiène (93,2 %), l'introduction de nouveaux employé-e-s (93,2 %) et la gestion des médicaments (88,6 %). Les trois thèmes les moins fréquents étaient le delirium (11,4 %), le projet de soins anticipé (Advance Care Planning ; 13,6 %) et la prise de décision éthique (15,9 %). Les « autres » thèmes mentionnés étaient notamment le harcèlement et la violence au travail, la malnutrition et les prélèvements sanguins (voir Figure 13).



Existence de lignes directrices / procédures opérationnelles

(B60) Pour quel(s) domaine(s) disposez-vous de lignes directrices et/ou de procédures opérationnelles standardisées (SOP=standard operating procedures) dans votre service d'aide et de soins à domicile ? Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

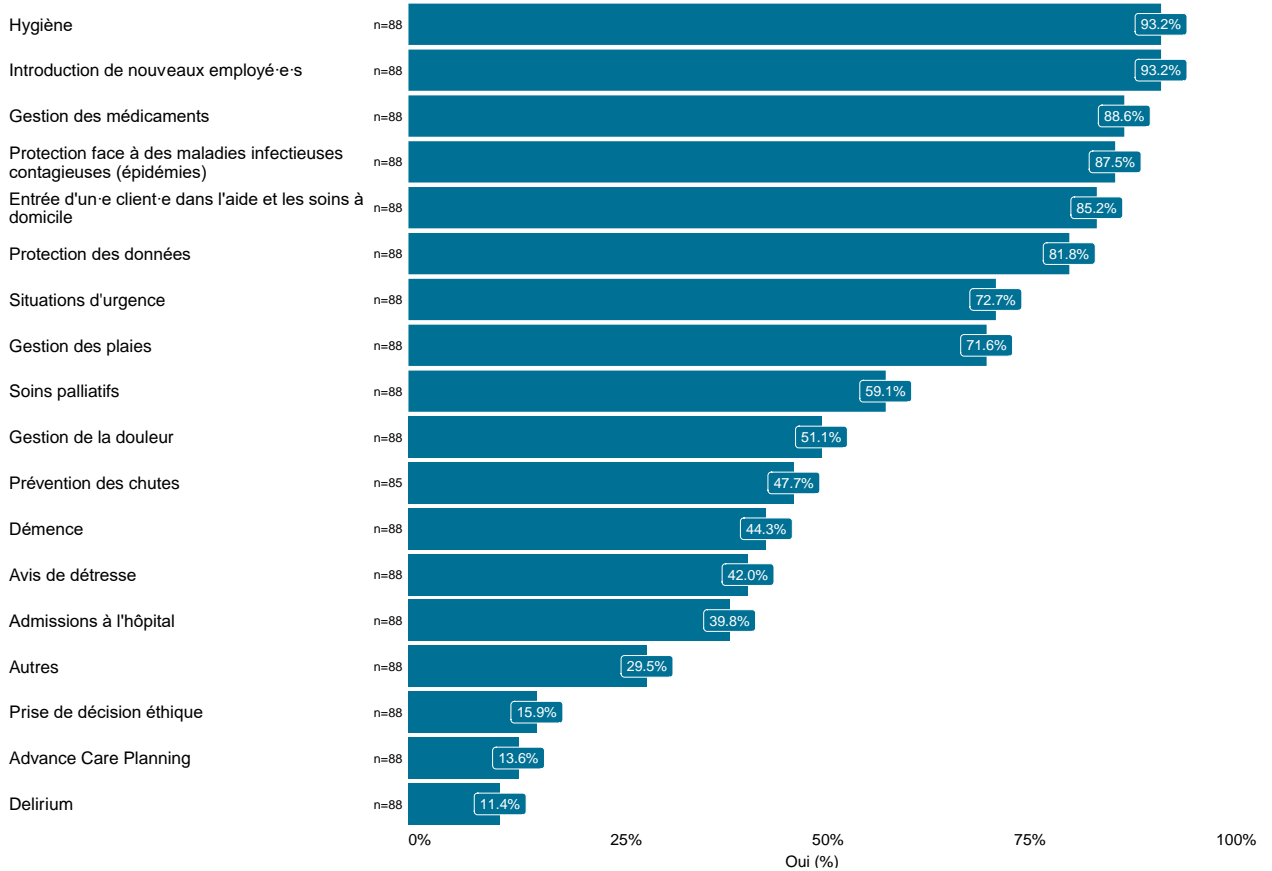


Figure 13 : Existence de lignes directrices / procédures opérationnelles — domaines (point de vue des directions)

La formation (interne/externe) la plus souvent proposée au personnel par les organisations d'ASaD à un rythme annuel est la formation interRAI (77,3 %), suivie des formations sur la démence (58,0 %) et sur les soins palliatifs (55,7 %). Les formations les moins souvent citées étaient celle sur la prise de décision éthique (13,6 %) et celle sur l'interprofessionnalité et/ou la coordination (15,9 %) (voir Figure 14). Parmi les « autres » thèmes des formations proposées annuellement, les organisations ont notamment cité l'hygiène mentale, la sécurité routière et la kinesthésie.

Thèmes des formations proposées annuellement

(B62) Dans quel(s) domaine(s) votre service d'aide et de soins à domicile propose-t-il annuellement des formations (internes/externes) pour le personnel ?
Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

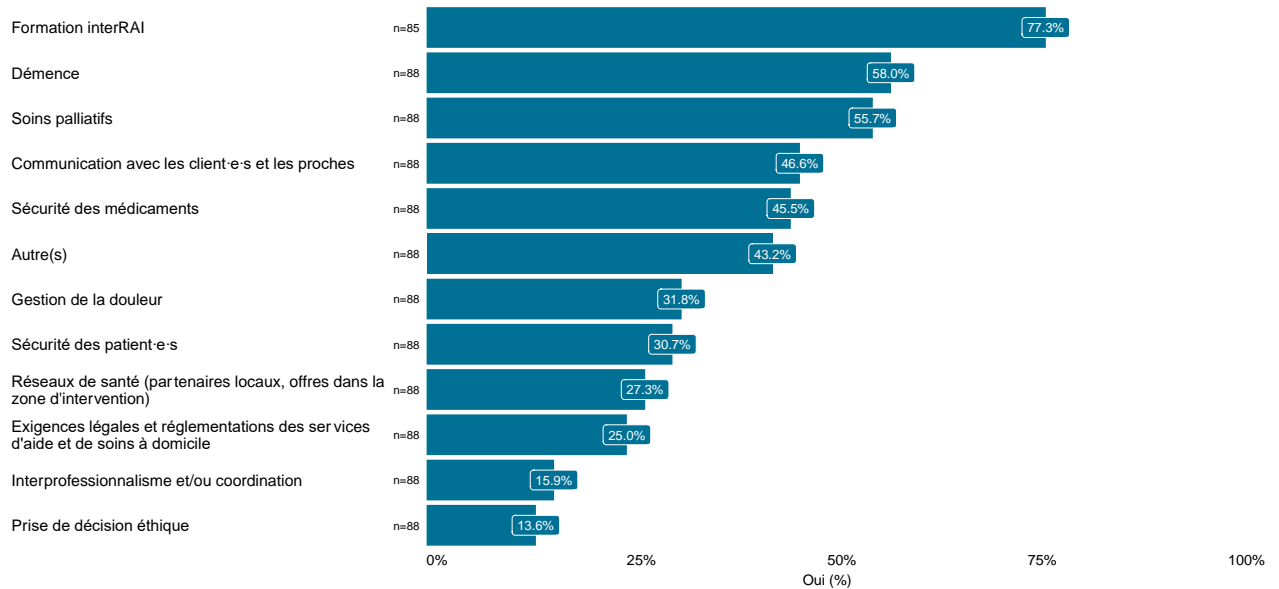


Figure 14 : Thèmes des formations proposées annuellement (point de vue des directions)

87,5 % des 88 organisations d'ASaD ont indiqué qu'elles ne disposaient pas d'une structure responsable des questions éthiques ; 12,5 % des organisations participantes ont indiqué disposer d'une entité avec responsabilité spécialisée pour les questions éthiques et 14,8 % de processus décisionnels éthiques structurés au cas par cas (voir Figure 15).

Existence d'une structure éthique

Votre service d'aide et de soins à domicile a-t-il une structure responsable des questions éthiques ?
Veuillez répondre en cochant «Oui» ou «Non» pour chaque cas .

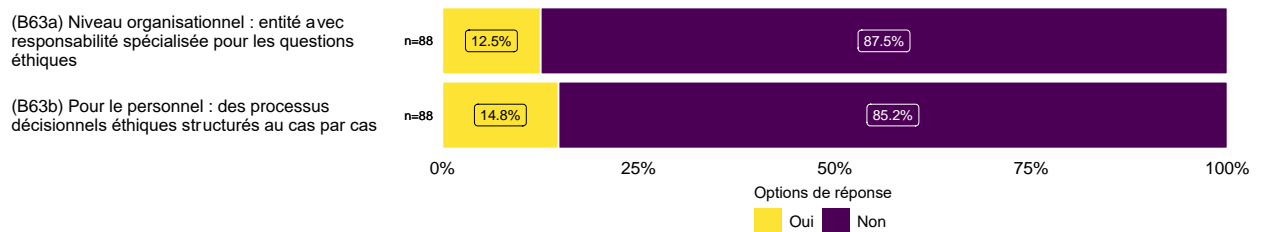


Figure 15 : Existence d'une structure éthique (point de vue des directions)



« Faire de la démarche qualité un principe de fonctionnement en est l'un des aboutissements.
La certification en est un moyen. »

Robert Bianchi

Coordinateur QSSE (Qualité Santé Sécurité Environnement),
CMS Régional Sion-Hérens-Conthey

Il n'est pas étonnant de constater que la plupart des services d'aide et de soins à domicile (ASaD) ne sont pas certifiés en matière de qualité, que ce soit dans les soins ou dans un autre domaine. Jusqu'à aujourd'hui, une telle certification qualité n'est pas demandée. Cependant, la nouvelle ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal — art. 58g) stipule que les fournisseurs de prestations de soins doivent remplir des exigences de qualité telles que :

- disposer du personnel nécessaire qualifié ;
- disposer d'un système de gestion de la qualité approprié ;
- disposer d'un système interne de rapports et d'apprentissage approprié et avoir adhéré à un réseau de déclaration des événements indésirables uniforme à l'ensemble de la Suisse, pour autant qu'un tel réseau existe ;
- disposer des équipements permettant de participer aux mesures nationales de la qualité.

Ces exigences en matière de développement de la qualité doivent également faire l'objet de nouvelles conventions avec les assureurs (LAMal — art. 58a). À court ou moyen terme, les organisations d'ASaD auront donc le devoir de s'y conformer. Il me semble par conséquent nécessaire qu'elles soient certifiées/labellisées en matière de soins. Les lignes directrices ainsi que les standards qualité doivent être améliorés pour l'ensemble des organisations. Ainsi, il sera garanti au/à la client-e (qui doit être au centre de nos préoccupations) de pouvoir bénéficier de prestations de qualité, quel que soit son lieu de domicile. À mon sens, les standards liés au processus de soins (soins de base, soins infirmiers, hygiène, médication, etc.), à l'interdisciplinarité, à la communication interne et externe ainsi qu'à la formation du personnel sont primordiaux pour atteindre un niveau de qualité efficient.

La formation du personnel, comme indiqué ci-dessus, est un aspect essentiel à prendre en considération dans la qualité des soins. Pour preuve, la formation à l'interRAI a été largement suivie par le personnel. Cet outil favorise la prise en charge clinique du/de la client-e et rend scientifique la démarche de soins. Je constate également que beaucoup d'autres formations complémentaires sont proposées aux soignant-e-s en lien avec les domaines d'activités et les prestations assumées (soins palliatifs, démence, médication, douleur, etc.). Pour que des prestations de soins de qualité soient effectuées avec un niveau d'exigence toujours plus élevé, je pense que la formation continue du personnel doit être renforcée à tous les niveaux des organisations d'ASaD.

Les questions éthiques prennent de plus en plus d'importance dans les milieux de soins. Des sujets peuvent être abordés par les organisations qui disposent d'une structure dédiée aux questions éthiques ou qui ont mis en place un processus décisionnel éthique structuré au cas par cas. La majorité des organisations d'ASaD n'ont pas ce genre de structure. Dès lors, une opportunité pourrait être de se regrouper et développer ces entités dans chaque canton/région pour l'ensemble des organisations d'ASaD. Cela favoriserait cette réflexion éthique sur la personne humaine et ainsi promouvrait le respect des valeurs en lien avec l'ASaD, comme la vaccination contre la grippe ou le COVID-19, l'assistance au suicide, la maltraitance, le maintien à domicile au grand âge, la garantie de la qualité des soins, etc.

Pour terminer, je dirais que l'on ne peut pas dissocier la qualité des soins de la démarche qualité, aussi appelée amélioration continue. Cette démarche, qui développe le management global par la qualité, permet de faire évoluer ses pratiques afin de satisfaire de manière optimale les besoins du/de la client-e ainsi que ceux du personnel. En d'autres termes, le management par la qualité favorise la performance

des activités des organisations d'ASaD en mettant le/la client-e au centre des préoccupations, en développant le travail et la collaboration en réseau, ainsi qu'en favorisant la satisfaction et la motivation de tout le personnel.

3.4 Travail avec des infirmier-ère-s de pratique avancée ou avec des expert-e-s en soins infirmiers (point de vue des directions)

Selon la littérature spécialisée, travailler avec un-e infirmier-ère de pratique avancée (APN) influe positivement sur la qualité des soins et de l'assistance et entraîne par exemple une satisfaction accrue des client-e-s ou une réduction des hospitalisations d'urgence [9]. Un-e APN est un-e expert-e en soins infirmiers qui, dans le cadre d'une formation supplémentaire (de niveau master au minimum), a acquis les connaissances spécialisées, les compétences nécessaires à la prise de décisions complexes et les compétences cliniques nécessaires à une pratique infirmière avancée [10]. La formation d'APN n'est pas établie depuis longtemps en Suisse et les besoins en expertise infirmière sont souvent couverts par des expert-e-s en soins infirmiers ayant suivi d'autres formations approfondies, comme cela a été démontré dans le domaine des établissements médico-sociaux (EMS) [11]. C'est la raison pour laquelle dans l'étude, il a été demandé aux organisations d'ASaD si elles travaillaient avec un-e APN et, plus généralement, quelle était la plus haute qualification professionnelle des expert-e-s en soins infirmiers.

SPOT^{nat} Résultats sur le travail avec des APNs ou expert-e-s en soins infirmiers

Au total, 35,2 % des organisations ont indiqué travailler avec un-e APN ou un-e expert-e en soins infirmiers (voir Figure 16). Dans 48,0 % des organisations, le diplôme professionnel le plus élevé des APN ou des expert-e-s en soins infirmiers était un diplôme de master (MSN), suivi du Master of Advanced Studies (MAS), dans 6,9 % des organisations, et du Diploma of Advanced Studies (DAS), dans 13,8 % des organisations. Deux organisations ont indiqué avoir un-e expert-e en soins infirmiers en cours de formation en MSN (pas de figure).

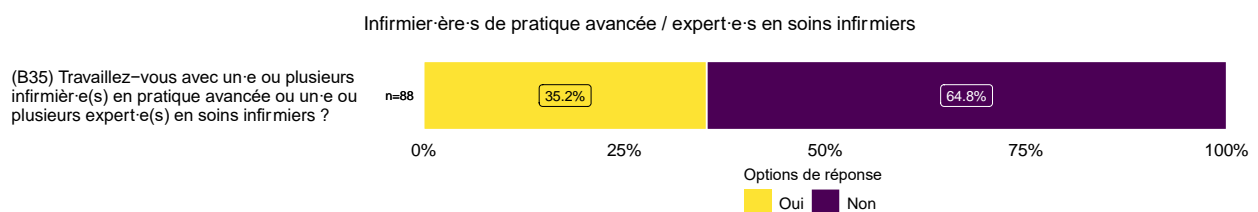


Figure 16 : Travail avec des infirmier-ère-s de pratique avancée ou avec des expert-e-s en soins infirmiers (point de vue des directions)

Les organisations d'ASaD participantes ont répondu que les principales tâches des APNs ou des expert-e-s en soins infirmiers relevaient majoritairement du domaine clinique et de l'assurance qualité (80,6 % chacun). Dans la moitié des organisations, le rôle comprend également des tâches dans le domaine de la formation (51,6 %) (voir Figure 17). Parmi les « autres », le coaching et le mentoring d'autres collaborateur-ric-e-s ont par exemple été mentionnés.

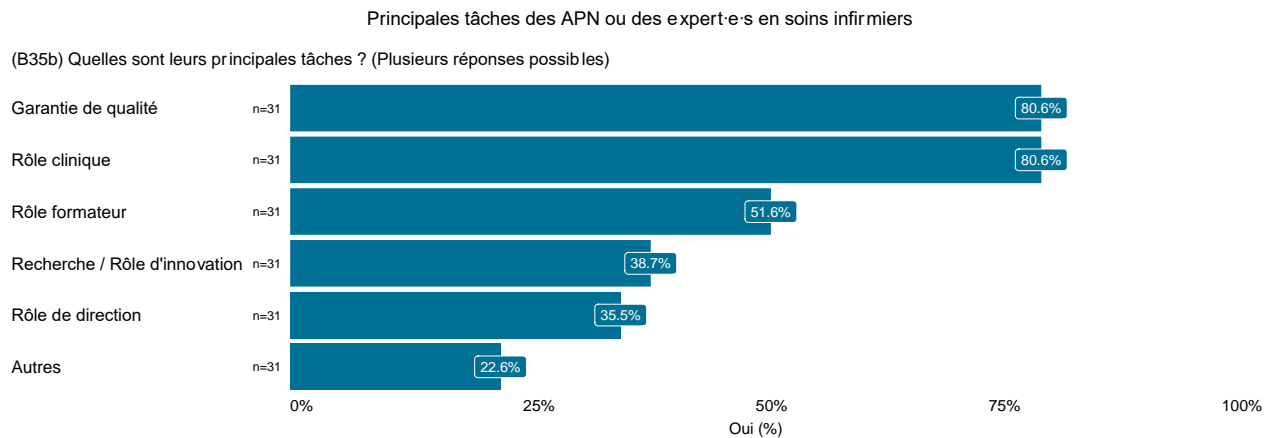


Figure 17 : Principales tâches des APN ou des expert·e·s en soins infirmiers (point de vue des directions)

« Un tiers des organisations d'ASaD s'appuient aujourd'hui sur des infirmières de pratique avancée (APN) ou des expert·e·s en soins infirmiers ; la marge de progression est encore grande. »

Kirsten Saynisch

Experte en soins infirmiers, MSc en sciences infirmières

Membre de l'Association suisse pour les sciences infirmières

Il est réjouissant de voir qu'un tiers des organisations d'ASaD travaillent déjà avec un·e infirmier·ère de pratique avancée (APN) ou avec un·e expert·e en soins infirmiers, mais la marge de progression est encore grande.

Qu'une organisation d'ASaD n'engage pas d'infirmier·ère de pratique avancée ou d'expert·e en soins infirmiers peut tenir, d'une part, à la méconnaissance de la plus-value que ces personnes apportent à l'organisation ou, d'autre part, au manque de candidat·e·s sur le marché du travail.

Les tâches principales présentées reflètent les compétences centrales des infirmier·ère·s de pratique avancée [12] : pratique clinique directe, coaching, conseil, consultation, compétences en matière de recherche, leadership clinique et spécialisé, collaboration interdisciplinaire et prise de position éthique. Elles illustrent la diversité des tâches des infirmier·ère·s de pratique avancée et des expert·e·s en soins infirmiers. La pratique clinique, l'assurance qualité et la formation semblent constituer les axes prioritaires. Dans le domaine de l'ASaD, ces trois dimensions sont souvent prises en charge par une seule personne, ce qui présente des avantages, comme de pouvoir identifier les défis en première ligne et d'y réagir ou de permettre aux collaborateur·rice·s de renforcer leurs capacités de prise de décision clinique, notamment dans le cadre de l'évaluation clinique. Mais le risque est de ne pas pouvoir assurer toutes les tâches au niveau requis. Tant les infirmier·ère·s de pratique avancée et les expert·e·s en soins infirmiers que les organisations doivent garder cette problématique à l'esprit, afin d'être en mesure de réagir rapidement le cas échéant.

Il semble prometteur que 38,7 % des organisations aient déjà intégré la recherche et l'innovation aux tâches de l'infirmier·ère de pratique avancée ou de l'expert·e en soins infirmiers. La capacité de travailler de manière scientifique est essentielle pour la qualité des soins, la collaboration interdisciplinaire, sans oublier le développement de la profession infirmière. Dans ce domaine également, la marge de progression est grande. Les premières étapes sont franchies, il s'agit maintenant de garder le cap.

4 Processus de soins et de prise en charge centré sur la personne

Les soins centrés sur la personne recouvrent plusieurs notions, comme celles de soins centrés sur le/la patient-e (et axés sur la famille), de soins personnalisés ou encore de soins centrés sur le/la client-e [13]. Il existe différentes définitions du concept ; par soins centrés sur la personne, on entend notamment le fait de mettre en place et de promouvoir les relations thérapeutiques entre tous les prestataires de soins, les client-e-s et les autres personnes qui jouent un rôle important dans leur vie. Les relations centrées sur la personne reposent sur des valeurs comme le droit à l'autodétermination, l'attention portée à l'autre, l'autonomie et le respect [14]. L'un des piliers des soins centrés sur la personne est la prise en compte des valeurs, des besoins et des préférences des client-e-s, grâce à une écoute active et aux questions posées, au partage d'informations et aux discussions sur les plans de soins et de traitement, ce qui permet aux client-e-s de s'impliquer activement dans ces derniers [13].

Dans la littérature, les soins centrés sur la personne sont associés à un bien-être physique et social élevé et à une satisfaction accrue vis-à-vis des soins reçus [15]. S'agissant de l'aide et des soins à domicile (ASaD), des études montrent que les infirmier-ère-s de pratique avancée et le personnel soignant diplômé jouent un rôle central dans la promotion des soins centrés sur le/la client-e, de la coordination et de la continuité des soins [16]. S'agissant des soins centrés sur les client-e-s dans le domaine de l'ASaD, la littérature a identifié les quatre aspects suivants ;

- 1) participation des client-e-s à leurs soins,
- 2) participation des proches et des partenaires aux soins,
- 3) communication et coopération et
- 4) compétences basées sur des preuves en matière de prestations [14].

Dans le présent chapitre, nous présentons les résultats relatifs à la gestion des cas (p. ex. fréquence des contacts avec les client-e-s, collaboration), au nombre de collaborateur-ric-e-s d'ASaD impliqué-e-s et aux discussions sur les préoccupations en matière de santé.

Résultats de SPOT^{nat} sur le processus de soins et de prise en charge

4.1 Processus de soins et de prise en charge (point de vue du personnel)

Seul le personnel ayant une responsabilité de cas a répondu aux items suivants (soit les personnes chargées d'évaluer les besoins, de fixer les objectifs en matière de soins et de planifier ces derniers).

Les collaborateur-ric-e-s responsables de cas étaient responsables d'une médiane de 15,0 client-e-s [EI 8,0-20,0]. Une grande partie du personnel d'ASaD (40,2 %) voyait les client-e-s dont il est responsable en moyenne toutes les 2-3 semaines (voir Figure 18).

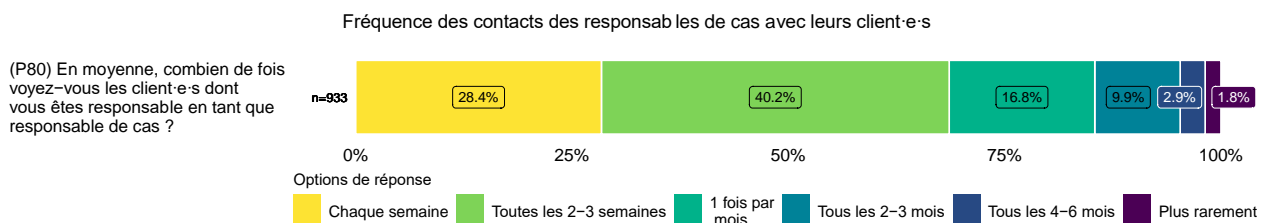


Figure 18 : Fréquence des contacts des responsables de cas avec leurs client-e-s (point de vue du personnel)

Pour les cinq items suivants, les responsables de cas ont été chargé-e-s d'évaluer différents aspects du processus de soins et de prise en charge (centré sur la personne), comme l'implication des client-e-s et/ou des proches dans l'établissement des objectifs de prise en charge.

S'agissant de la définition du processus de prise en charge, 92,1 % des responsables de cas interrogé-e-s ont indiqué que les souhaits des client-e-s étaient « souvent », voire « toujours », pris en considération dans leur organisation d'ASaD. Concernant l'établissement et l'adaptation des plans de soins et de traitement, 74,9 % des responsables de cas ont répondu qu'ils travaillaient « souvent », voire « toujours », avec les

client-e-s et les proches aidant-e-s. Par contre, plus de deux tiers des personnes interrogées (70,5 %) ont répondu ne définir que « rarement », voire « jamais », les objectifs de soins et de traitements avec d'autres groupes de professionnel-le-s (voir Figure 19).

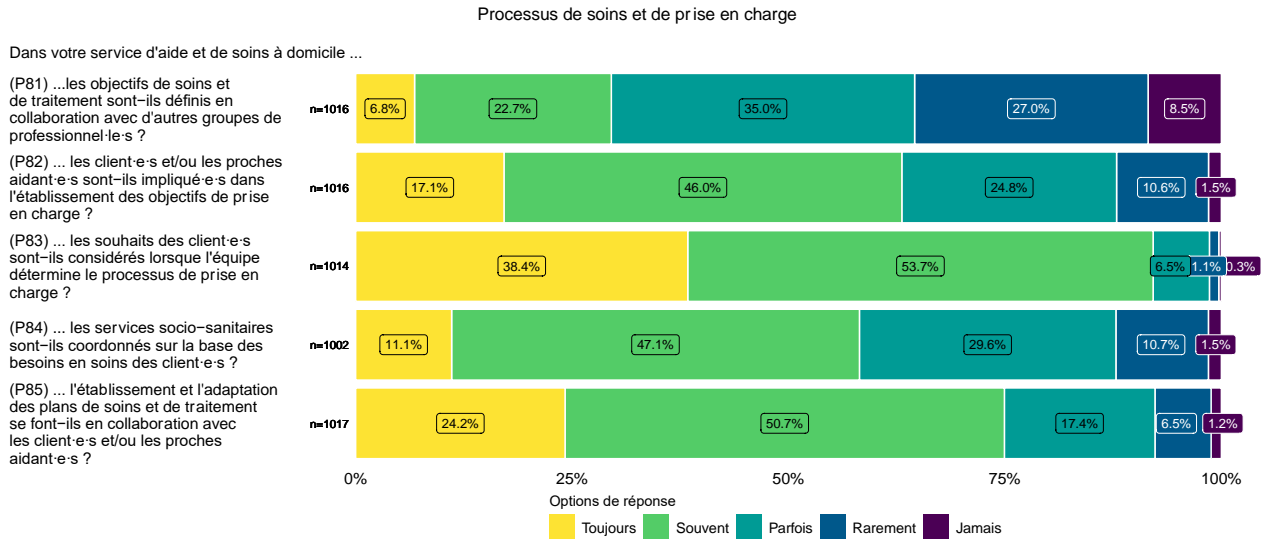


Figure 19 : Processus de soins et de prise en charge (point de vue du personnel)

4.2 Évoquer avec les client-e-s leurs préoccupations en matière de santé (point de vue des client-e-s)

Cet item visait à recenser la perception des client-e-s quant à la fréquence avec laquelle le personnel lui parlait de ses préoccupations en matière de santé.

Environ la moitié (54,6 %) des client-e-s interrogées ont indiqué que le personnel d'ASaD évoquait souvent, voire toujours, avec eux-elles ce type de préoccupations. Près d'un cinquième (19,0 %) ont répondu que ce n'était que « rarement », voire « jamais », le cas (voir Figure 20).

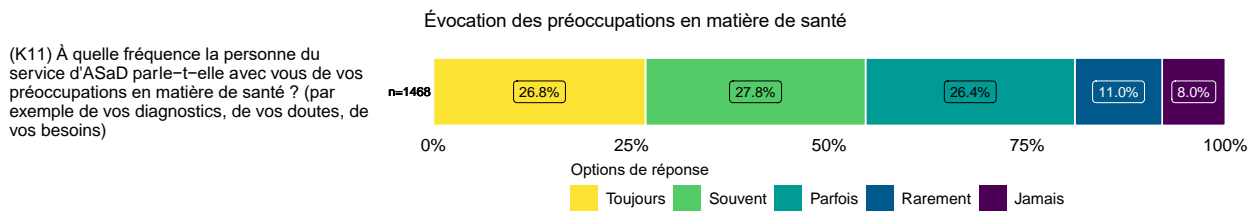


Figure 20 : Évocation des préoccupations en matière de santé (point de vue des client-e-s)

4.3 Visite et nombre de collaborateur-ric-e-s de l'ASaD (point de vue des client-e-s)

À la question « Combien de fois les personnes de l'ASaD sont-elles venues plus d'une demi-heure plus tôt ou plus tard que convenu ? », 38,7 % des client-e-s a répondu « jamais » et 47,5 % « parfois » (voir Figure 21).

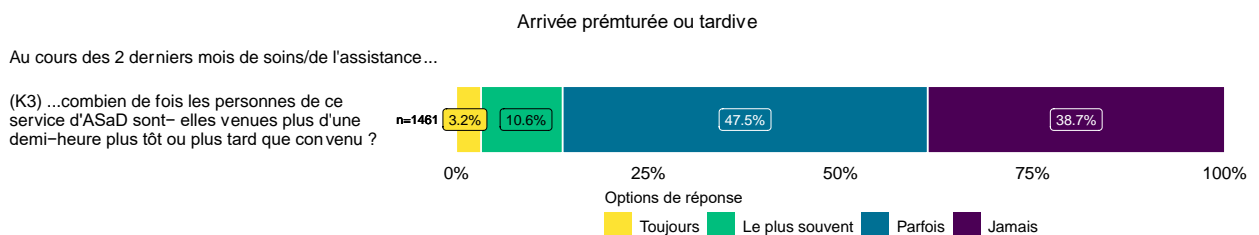


Figure 21 : Arrivée prématurée ou tardive du personnel de l'ASaD (point de vue des client-e-s)



Il a également été demandé aux client·e·s combien de personnes différentes du service d'ASaD participant à l'étude leur avaient rendu visite au cours des deux derniers mois. La réponse médiane était 5,0 (EI 4,0-8,0) personnes différentes (pas de figure).

« Plusieurs actions sont identifiées pour faire évoluer le processus de soins et de prise en charge centré sur la personne. Elles reposent sur une activité clinique fondée sur un modèle pratique, sur l'organisation ainsi que sur le suivi qualitatif et quantitatif des résultats. »

Claire-Lise Giannoni

Cheffe du service aide et soins à domicile
CMS Régional Sion-Hérens-Conthey

Le concept de processus de soins et de prise en charge centré sur la personne est central à toute prestation d'aide et de soins et revêt un caractère tout particulier dans la mission des organisations d'aide et de soins à domicile (ASaD), les prestations étant proposées aux client·e·s dans leur environnement privé.

D'une façon générale, il est important de considérer, outre les résultats médians, les deltas de réponse importants tant du point de vue des professionnel·le·s que des client·e·s. Cela reflète la diversité des situations tant des client·e·s que des organisations d'ASaD.

Ces deltas soulèvent d'emblée la question de l'équité, à la fois de l'accès à des prestations de qualité centrées sur la personne et de l'environnement de travail des professionnel·le·s.

En outre, une approche personnalisée des soins implique que le nombre de visites effectuées par le/la responsable du cas, le nombre de professionnel·le·s différent·e·s effectuant les prestations, ou les heures de passage soient définies individuellement en fonction des besoins et des préférences du/de la client·e et de ses proches, et non selon une moyenne.

Il est certain que le nombre de professionnel·le·s intervenant chez un·e client·e, leur connaissance de ses besoins de santé et le respect des heures de passages sont des critères de satisfaction des client·e·s. Ils renvoient à la qualité, à la continuité et à la sécurité des prestations ; ils questionnent le nombre de client·e·s suivi·e·s par un·e responsable et les rôles des différent·e·s professionnel·le·s de l'équipe pluridisciplinaire dans les situations.

Dans un processus de soins et de prise en charge centré sur la personne, il est interpellant d'observer que seul·e·s 29,5 % des responsables de cas définissent toujours ou souvent les objectifs de soins et de traitements avec d'autres groupes de professionnel·le·s, médecins prescripteur·rice·s compris·e·s. Or, selon la littérature, en tant que soignant·e·s diplômé·e·s, il·elle·s jouent un rôle central dans la promotion de la coordination et de la continuité des soins.

De même, le fait que seul·e·s 54,6 % des client·e·s indiquent parler avec les professionnel·le·s de leurs préoccupations en matière de santé questionne l'attention à leurs besoins permettant leur implication active dans les soins et l'accompagnement. Ce résultat ne permet pas de nuancer les prestations fournies, le type de professionnel·le·s et le lien avec la fréquence des visites du/de la responsable de cas. Enfin, en ce qui concerne la prise en considération des souhaits de la clientèle et l'implication des client·e·s et des proches aidant·e·s dans l'établissement et l'adaptation des plans de soins, les résultats, plutôt positifs, mettent cependant en évidence une nécessaire progression dans l'objectif de soins centrés sur la personne.

Dans le contexte socio-démographique actuel marqué par le vieillissement de la population et le soutien au maintien à domicile, et au vu du nombre croissant de prestataires d'ASaD du domaine public et privé, ces résultats renvoient à la réflexion sur le modèle d'organisation des prestations vers lequel tendre pour



satisfaire les client·e·s. Ceci implique la prise en compte de l'équité d'accès aux prestations, de la qualité, de l'efficacité et de la flexibilité de l'organisation, de la satisfaction du personnel, de la collaboration dans le groupe de prise en charge interne et avec les partenaires du réseau socio-sanitaire ainsi que de l'environnement de travail des professionnel·le·s.

L'évolution passe par la clinique, par l'organisation et par le suivi des résultats :

- par la clinique, avec le soutien d'un modèle de pratique scientifiquement fondé centré sur les soins personnalisés ;
- par l'organisation, grâce à une réflexion pluridisciplinaire des équipes impliquant les client·e·s et les proches : taille des équipes pluridisciplinaires, rôle des différent·e·s professionnel·le·s, responsabilités du/de la responsable de cas dans la délégation aux collègues et dans les relations thérapeutiques, collaboration du groupe de prise en charge ;
- par le suivi des résultats, au moyen d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs

Les résultats obtenus par l'étude SPOT^{nat} sont une riche source de données permettant aux centres médico-sociaux (CMS) de relever des points d'amélioration, afin de développer des actions permettant d'améliorer la qualité. Il serait potentiellement très intéressant de reproduire l'étude avec un échantillon plus large au niveau des client·e·s.



5 Environnement de travail du personnel d'ASaD

Pour fournir des soins de qualité, le personnel d'ASaD doit évoluer dans un environnement de travail sûr, propice à l'autonomisation (*empowering*) et satisfaisant [17]. Le leadership, l'autonomie du personnel d'ASaD, la dotation en personnel, la collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle, les possibilités d'avancement et de développement ainsi que la mise en œuvre de modèles de soins sont des facteurs importants [18]. Un bon environnement de travail favorise non seulement la qualité de la prise en charge (p. ex. qualité des soins, prévention des hospitalisations), mais a également un effet notable sur la durée d'exercice de la profession et contribue à réduire le taux de rotation du personnel [19]. L'analyse de la littérature de Chamanga et al. [20] montre par exemple clairement qu'un environnement de travail inadéquat (p. ex. un mauvais équilibre entre vie professionnelle et vie privée en raison du manque de temps de repos) a une influence négative sur la durée d'exercice de la profession. Il convient par ailleurs de noter que les différents facteurs qui constituent l'environnement de travail ont des effets synergiques [21]. Le présent chapitre décrit le leadership, la prévisibilité du travail, la clarté des rôles, les conflits de rôles et le soutien social, tels que perçus par le personnel interrogé.

5.1 Leadership (point de vue du personnel)

Le leadership peut être décrit comme un processus multidimensionnel visant à influencer les individus afin qu'ils exploitent pleinement leur potentiel pour accomplir une tâche, atteindre un objectif ou réaliser un projet [22]. Les pratiques et les styles de leadership peuvent avoir une influence positive ou négative notamment sur la satisfaction des collaborateur·rice·s, le taux de rotation du personnel, la culture de l'organisation et la sécurité des patient·e·s [6, 23]. Westerberg & Tafvelin [24] ont pour leur part identifié le leadership transformationnel comme facteur permettant d'améliorer la satisfaction au travail du personnel d'ASaD.

Résultats de SPOT^{nat} sur le leadership

Dans l'enquête SPOT^{nat}, cinq items portaient sur le leadership du point de vue du personnel. Les réponses se rapportaient au/à la supérieur·e hiérarchique direct·e. D'après les résultats, la majorité des collaborateur·rice·s se sentaient soutenu·e·s, estimaient que leur supérieur·e hiérarchique était un·e dirigeant·e compétent·e et que les erreurs commises étaient majoritairement utilisées par les supérieurs hiérarchiques à des fins d'apprentissage et non de critique. L'affirmation « Le/la supérieur·e hiérarchique soutient le personnel » a recueilli la plus forte adhésion (91,8 %), tandis que l'affirmation « Le travail bien fait est l'objet de félicitations et de reconnaissance » a recueilli le plus faible niveau d'adhésion (81,7 %) (voir Figure 22). Dans l'étude Swiss Nursing Homes Resources Project (SHURP) 2018 [11], sur les EMS, ces deux items ont également obtenu les niveaux d'adhésion le plus élevé et le plus faible, avec respectivement 89,8 % et 72,5 % d'assentiment. L'étude Matching Registered Nurses with changing care demands (MatchRN⁶) 2018 sur les soins hospitaliers brosse le même tableau, avec respectivement 84,8 % et 71,9 % d'assentiment ; des trois études, SPOT^{nat} obtient donc les valeurs les plus élevées pour les deux affirmations.

⁶ <https://matchrn.unibas.ch>. Les données de MatchRN ne sont pas publiées et ont été calculées pour le présent rapport.

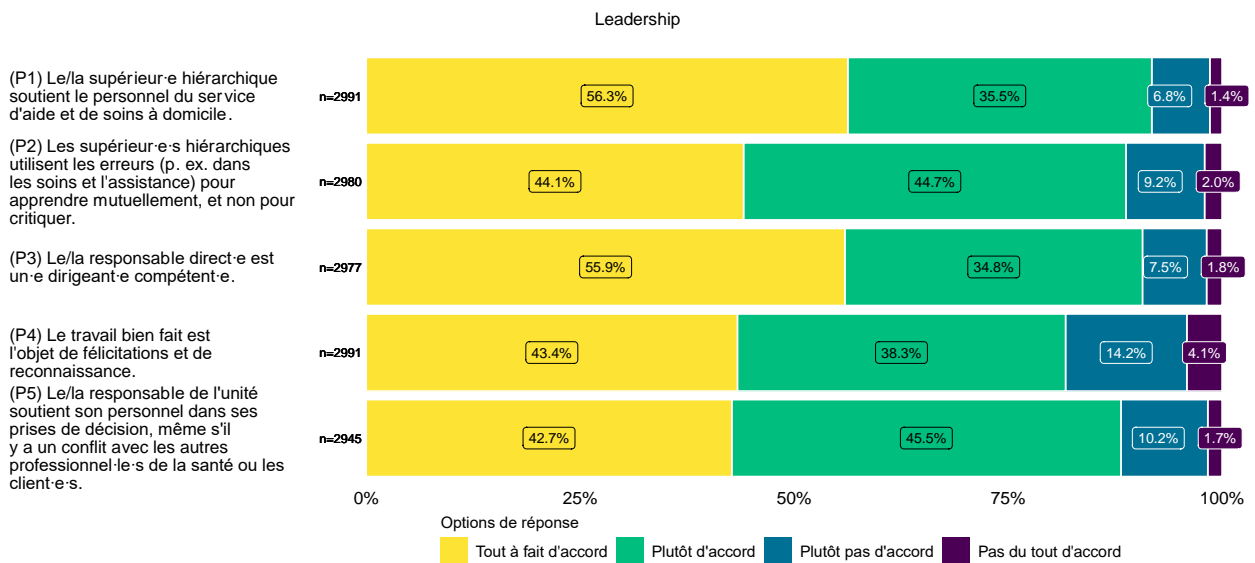
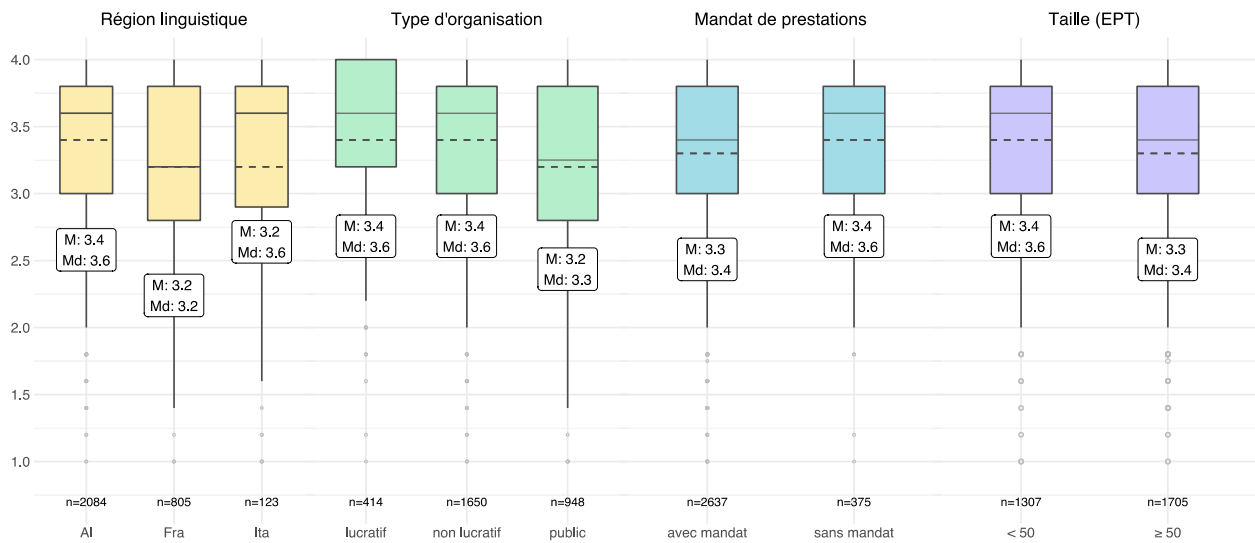


Figure 22 : Leadership (point de vue du personnel)

Les cinq items précités (Figure 22) permettent d'établir l'échelle *Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses* fondée sur l'instrument *Practice Environment Scale — Nursing Work Index* (PES-NWI) [25]. Cette échelle mesure si le/la supérieur-e directe est un-e dirigeant-e compétent-e et qui soutient son personnel. La valeur de l'échelle correspond à la valeur moyenne des cinq items (allant de la réponse 1 — « pas du tout d'accord » à 4 — « tout à fait d'accord »), sachant qu'une valeur moyenne ≥ 3 correspond à un assentiment. Plus le niveau d'assentiment est élevé, plus le leadership est jugé bon. De plus amples informations au sujet de l'échelle sont disponibles dans l'appendice (Échelles — [Leadership](#)).

Si l'on considère l'évaluation du personnel d'ASaD au sein des quatre groupes (voir Figure 23), on observe de faibles différences dans l'appréciation du leadership dans le groupe « région linguistique » (entre la Suisse alémanique [M 3,4] et la Suisse francophone ou la Suisse italienne [les deux M 3,2]) et dans le groupe « type d'organisation », où l'évaluation est plus basse dans les organisations de droit public (M 3,2) que dans les organisations privées à but lucratif et les organisations privées à but non lucratif (les deux M 3,4).



Instrument : *Practice Environment Scale- Nursing Work Index, Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses* [25]

Légende : M = moyenne, Md = médiane, EPT = équivalent plein temps.

AI = région alémanique, Fra = région francophone, Ita = région italophone.

Lucratif = organisations privées à but lucratif, non lucratif = organisations privées à but non lucratif, public = organisations publiques.

<50 = moins de 50 EPT, ≥50 = 50 ou plus d'EPT.

Pour plus d'informations concernant la figure, voir [Informations concernant la présentation des résultats](#).

Figure 23 : Échelle PES-NWI — Leadership (comparaison de groupes) (point de vue du personnel)

Calculée sur l'ensemble du personnel d'ASaD, la médiane de l'échelle PES-NWI — *Nurse Manager Ability, Leadership and Support of Nurses* (Leadership) [25] s'établit à 3,4 (EI 3,0-3,8) et la moyenne à 3,3 (ET 0,6). La moyenne SPOT^{nat} est très proche de celle de l'étude SHURP 2018 [11], sur les EMS, qui présentait une moyenne de 3,2 (ET 0,6).

« Les supérieur·e·s sont pour beaucoup dans la satisfaction des collaborateur·rice·s et le succès de l'organisation. C'est pourquoi il est important de les soutenir dans leurs compétences. »

Nicole Leiggener

Cheffe d'équipe Loèche-Steg

Centre médico-social du Haut-Valais

Carmen Martig

Responsable stratégique du domaine Santé

Centre médico-social du Haut-Valais, Brigade

Les résultats montrent que la majorité des collaborateur·rice·s sont satisfait·e·s des cadres de leur entreprise. Il·elle·s se sentent soutenu·e·s et jugent pour la plupart que leur supérieur·e est compétent·e dans son rôle de conduite. Bien que le point portant sur les félicitations et la reconnaissance ait été le moins bien noté, la majeure partie du personnel estime être suffisamment valorisé et apprécié.

L'échelle *Nurse Manager Ability, Leadership and Support of Nurses* [25] révèle des disparités régionales mineures. Il est intéressant de noter que les organisations d'ASaD privées à but lucratif et les organisations d'ASaD privées à but non lucratif obtiennent des résultats légèrement supérieurs aux organisations de droit public. Pour ces dernières, il s'agit maintenant de comprendre pourquoi et, le cas échéant, de prévoir des mesures.

Les résultats soulignent en premier lieu les compétences existantes des supérieur·e·s. Attendu que ces personnes jouent un rôle déterminant dans la satisfaction des équipes et le succès de l'organisation, il

est important de renforcer leurs compétences. Améliorer la valorisation, créer une culture de l'erreur, optimiser la communication et renforcer la culture du feedback sont autant d'éléments fondamentaux dans une entreprise et donc des thèmes de perfectionnement prioritaires pour les personnes ayant une fonction de conduite.

5.2 Prévisibilité (point de vue du personnel)

Les réglementations et les processus de travail, tout comme les lignes directrices, ne définissent pas seulement des processus, ils contribuent également à intégrer différents services de santé et à améliorer la collaboration au sein des équipes interprofessionnelles et interdisciplinaires. Les lignes directrices sont une manière d'articuler les connaissances et les compétences qui conduisent à la visibilité du travail à accomplir [26].

Résultats de SPOTnat sur la prévisibilité

Les deux items suivants portaient sur la prévisibilité du travail. Plus de la moitié de collaborateur·rice·s (54,6 %) ont estimé être « dans une (très) grande mesure » informé·e·s à l'avance des changements à leur travail, tandis que ce n'est le cas que « dans une (très) faible mesure » pour un dixième des collaborateur·rice·s (10,3 %). Plus des deux tiers (68,5 %) du personnel a estimé recevoir « dans une (très) grande mesure » toutes les informations dont il a besoin pour bien faire son travail, et seulement 5,3 % du personnel « dans une (très) faible mesure » (voir Figure 24).

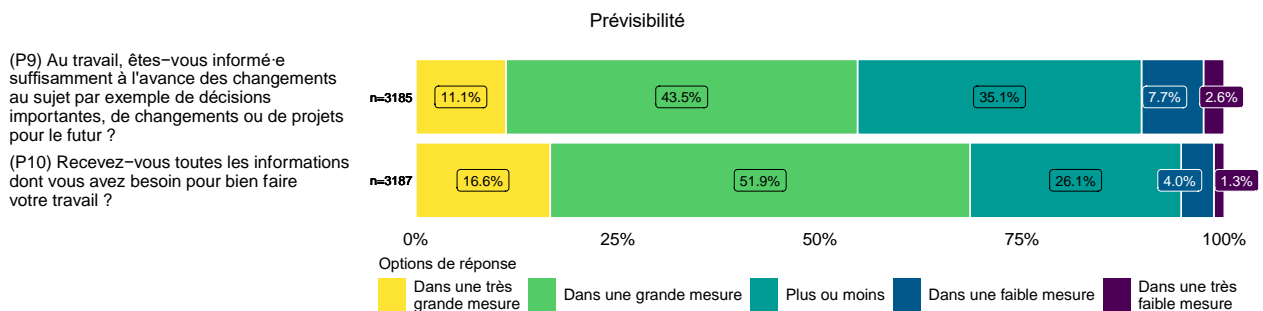
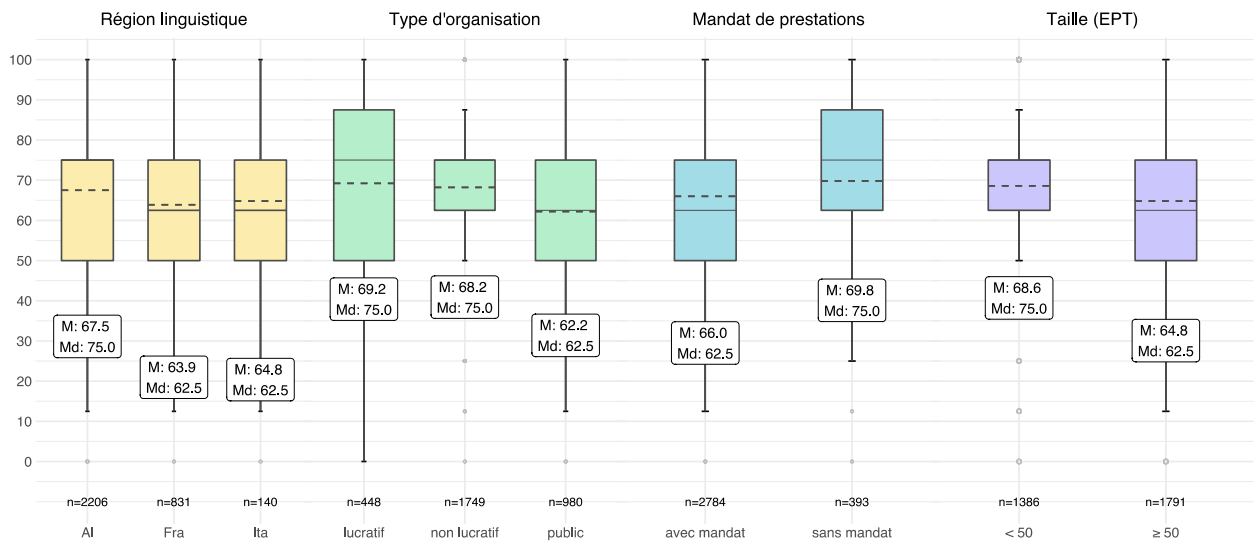


Figure 24 : Prévisibilité (point de vue du personnel)

Les deux items précités (Figure 24) permettent d'établir l'échelle *Predictability* fondée sur l'instrument *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ) [27]. Cette échelle mesure la prévisibilité du travail. La valeur de l'échelle correspond à la valeur moyenne des deux items (allant de la réponse 0 — « dans une très faible mesure » à 100 — « dans une très grande mesure » [avec une incrémentation de 0, 25, 50, 75 et 100]), sachant que plus la valeur est élevée, plus la prévisibilité du travail est jugée bonne. De plus amples informations sur l'échelle sont disponibles dans l'appendice (Échelles — [Prévisibilité](#)).

S'agissant de la prévisibilité du travail, on observe des différences entre les organisations d'ASaD de droit privé et de droit public (M 69,2 et M 62,2), entre les organisations de droit public et de droit privé à but non lucratif (M 62,2 et M 68,2), ainsi que dans la taille de l'organisation (voir Figure 25).



Instrument : Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) — Predictability [27]

Légende : M = moyenne, Md = médiane, EPT = équivalent plein temps.

AI = région alémanique, Fra = région francophone, Ita = région italophone.

Lucratif=organisations privées à but lucratif, non lucratif= organisations privées à but non lucratif, public = organisations publiques.

<50 = moins de 50 EPT. ≥50 = 50 ou plus d'EPT.

Pour plus d'informations concernant la figure, voir [Informations concernant la présentation des résultats.](#)

Figure 25 : Échelle COPSOQ — Prévisibilité (comparaison de groupes) (point de vue du personnel)

Calculée sur l'ensemble du personnel d'ASaD, la médiane de l'échelle *Predictability* (Prévisibilité) [27] s'établit à 62,5 (EI 50,0-75,0) et la moyenne à 66,5 (ET 18,9).

5.3 Clarté des rôles et conflits de rôles (point de vue du personnel)

Les conflits de rôles désignent la difficulté à définir les compétences et les tâches relatives à son rôle et engendrent des problèmes de collaboration, car les tâches ne sont pas clairement délimitées. Une conception claire de son propre rôle favorise la collaboration avec les responsables et les collègues. Le personnel d'ASaD qui identifie clairement son rôle a un meilleur rapport à son travail, ce qui peut se traduire par une meilleure qualité des soins et une plus grande satisfaction des client·e·s [28].

Résultats de SPOT^{nat} sur la clarté des rôles

Les deux items suivants portaient sur la clarté des rôles des collaborateur·rice·s. Plus des trois quarts du personnel (78,0 %) a indiqué avoir des objectifs clairs pour son travail. L'item « Savez-vous exactement quelles tâches relèvent de votre responsabilité ? » a obtenu les valeurs les plus élevées, avec 84,5 % du personnel ayant répondu « dans une (très) grande mesure » (voir Figure 26).

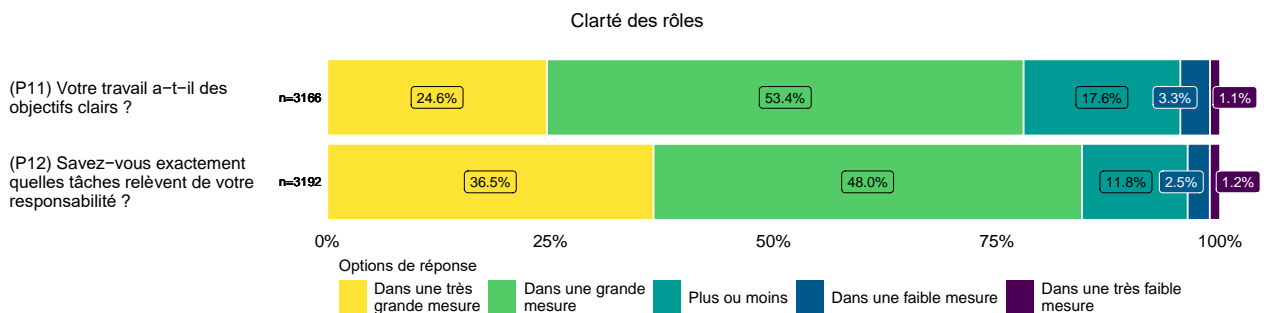
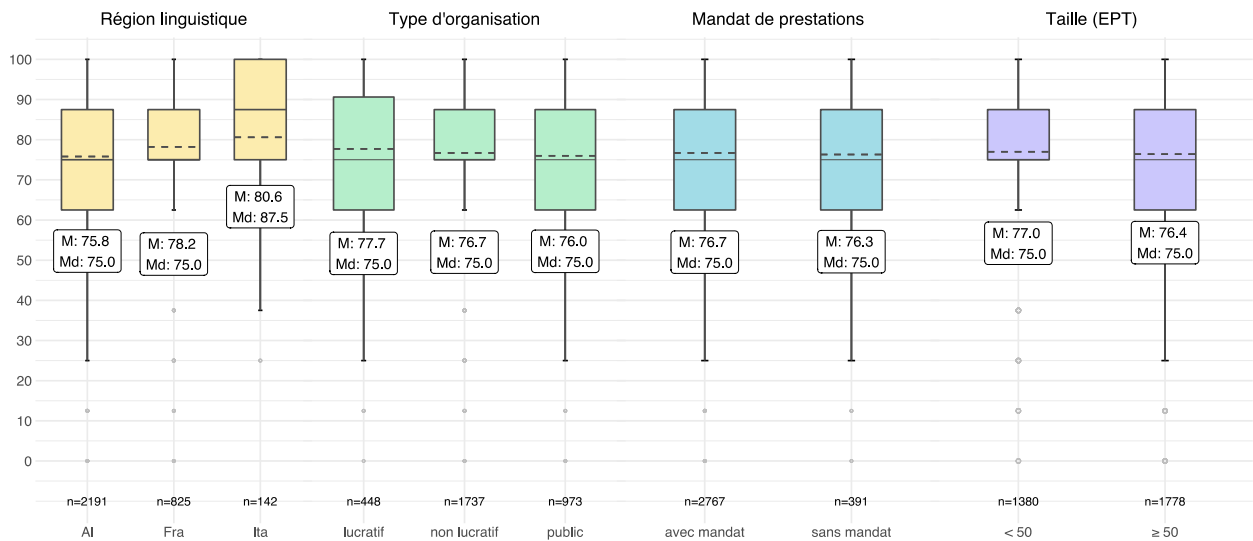


Figure 26 : Clarté des rôles (point de vue du personnel)

Les deux items précités (Figure 26) permettent d'établir l'échelle *Role Clarity* fondée sur l'instrument COPSQ [27]. Cette échelle mesure la clarté des rôles. La valeur de l'échelle correspond à la valeur moyenne des deux items (allant de la réponse 0 — « dans une très faible mesure » à 100 — « dans une très grande mesure »). Plus la valeur est élevée, plus le personnel juge que les rôles sont clairs (voir également les informations sur les échelles — [clarté des rôles](#) dans l'appendice).

La comparaison entre les groupes montre que la clarté des rôles est jugée plus élevée dans la région italophone (M 80,6) que dans la région alémanique (M 75,8). Pour ce qui est des autres groupes, on n'observe aucune différence notable (voir Figure 27).



Instrument : *Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSQ) — Role Clarity* [27]

Légende : M = moyenne, Md = médiane, EPT = équivalent plein temps.

Al = région alémanique, Fra = région francophone, Ita = région italophone.

Lucratif = organisations privées à but lucratif, non lucratif = organisations privées à but non lucratif, public = organisations publiques.

<50 = moins de 50 EPT, ≥50 = 50 ou plus d'EPT.

Pour plus d'informations concernant la figure, voir [Informations concernant la présentation des résultats](#).

Figure 27 : Échelle COPSQ — Clarté des rôles (comparaison de groupes) (point de vue du personnel)

Calculée sur l'ensemble du personnel d'ASaD, la médiane de l'échelle *Role Clarity* (clarté des rôles) [27] s'établit à 75,0 (EI 62,5-87,5) et la moyenne à 76,7 (ET 18,0).

Résultats de SPOT^{nat} sur les conflits de rôles

Trois items interrogeaient le personnel sur les conflits de rôles au travail. Un dixième des collaborateur·rice·s (10,2 %) a indiqué être confronté à des demandes contradictoires dans le cadre de son travail. Plus d'un tiers (38,6 %) a répondu devoir « dans une (très) grande mesure » ou « plus ou moins » faire des choses qui « auraient dû être faites autrement ». Une plus faible proportion a indiqué qu'il leur arrivait de devoir faire des choses qui « ne relèvent pas de leur domaine de compétences » (voir Figure 28).

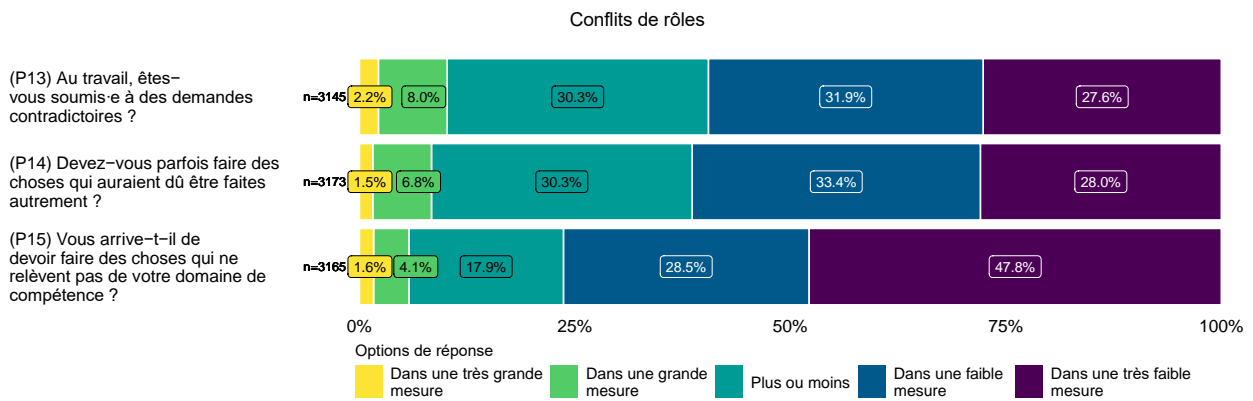
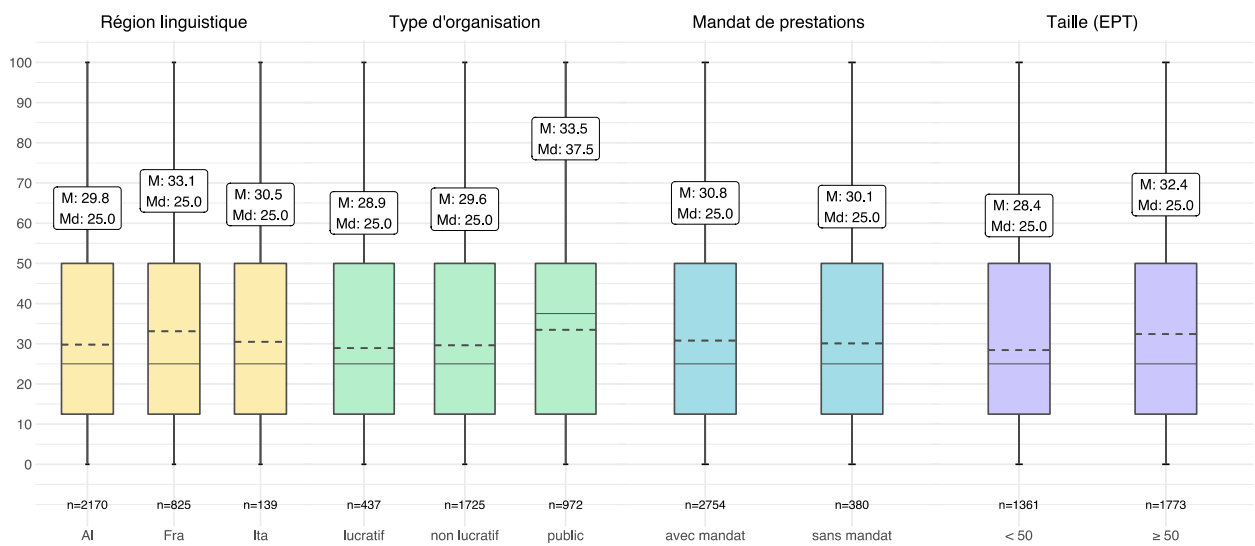


Figure 28 : Conflits de rôles (point de vue du personnel)

Les deux premiers items précités (Figure 28 — P13-P14) permettent d'établir l'échelle *Role Conflicts* fondée sur l'instrument COPSOQ [27]. Cette échelle mesure les conflits de rôles. La valeur de l'échelle correspond à la valeur moyenne des deux items (allant de la réponse 0 — « dans une très faible mesure » à 100 — « dans une très grande mesure »). Plus la valeur est élevée, plus les conflits de rôles sont jugés importants. De plus amples informations au sujet de l'échelle sont disponibles dans l'appendice (Échelles — [Conflits de rôles](#)).

Aucune différence notable n'apparaît dans les quatre groupes au sujet des conflits de rôle (voir Figure 29).



Instrument : *Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) — Role Conflicts* [27]

Légende : M = moyenne, Md = médiane, EPT = équivalent plein temps.

AI = région alémanique, Fra = région francophone, Ita = région italophone.

Lucratif = organisations privées à but lucratif, non lucratif = organisations privées à but non lucratif, public = organisations publiques.

<50 = moins de 50 EPT, ≥50 = 50 ou plus d'EPT.

Pour plus d'informations concernant la figure, voir [Informations concernant la présentation des résultats](#).

Figure 29 : Échelle COPSOQ — Conflits de rôles (comparaison de groupes) (point de vue du personnel)

Calculée sur l'ensemble du personnel d'ASaD, la médiane de l'échelle *Role Conflicts* [27] s'établit à 25,0 (EI 12,5-50,0) et la moyenne à 30,7 (ET 21,9).

5.4 Soutien social et feedback (point de vue du personnel)

La collaboration au sein de l'équipe ainsi qu'une culture du feedback adéquate sont fondamentales pour un bon environnement de travail. Veiller à ces deux aspects se traduit non seulement par des soins de qualité, mais encore par des résultats positifs s'agissant de la satisfaction au travail, de la coordination et de la collaboration interdisciplinaires et interprofessionnelles, ainsi que de la durée d'exercice de la profession [29].

Résultats de SPOT^{nat} sur le soutien social et le feedback

Le thème du soutien social au travail comportait cinq items avec trois thèmes secondaires : les deux premiers items portaient sur le soutien et le feedback des collègues, les deux items suivants sur le soutien et le feedback des responsables hiérarchiques et le dernier item sur la cohésion au sein de l'équipe.

La majorité du personnel (77,4 %) a indiqué qu'il recevait « toujours » ou « souvent » le soutien de ses collègues. La qualité de son travail est un thème moins souvent abordé entre collègues — seul un tiers (34,9 %) a répondu que ce type d'échanges avait « toujours » ou « souvent » lieu. Plus de la moitié des collaborateur·rice·s (62,1 %) ont indiqué qu'il·elle·s recevaient « toujours » ou « souvent » le soutien de leurs responsables. Toutefois, moins d'un tiers des collaborateur·rice·s (30,9 %) parlent « toujours » ou « souvent » de la qualité de leur travail avec leurs responsables. L'atmosphère entre les collègues de travail a été jugée « toujours » ou « souvent » bonne par la majorité du personnel (93,9 %) (voir Figure 30).

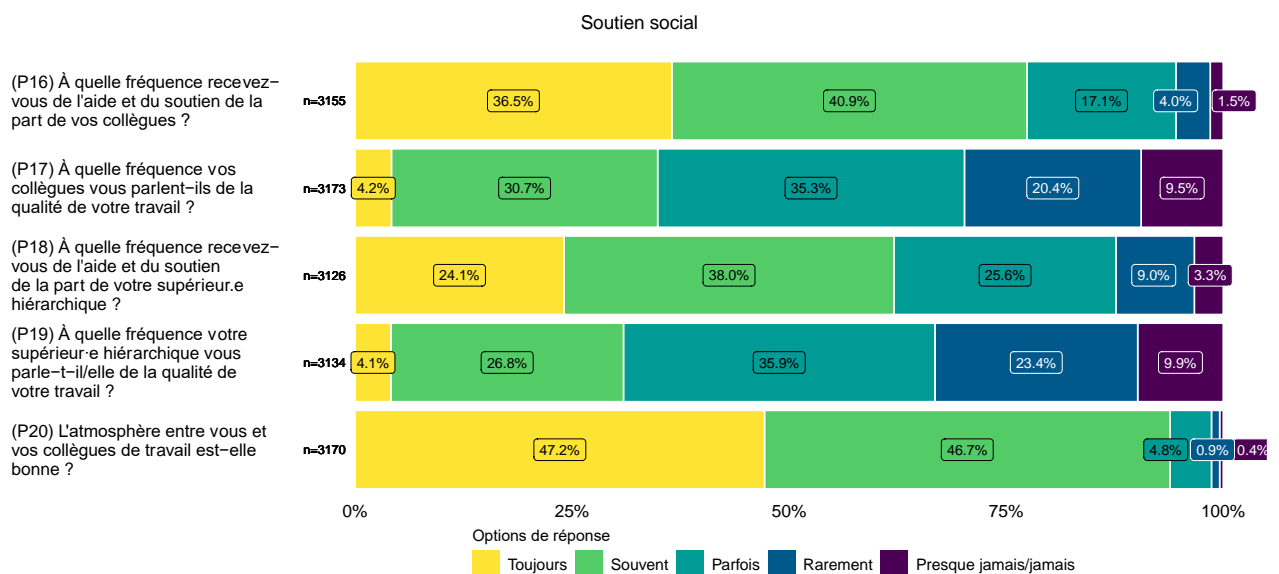
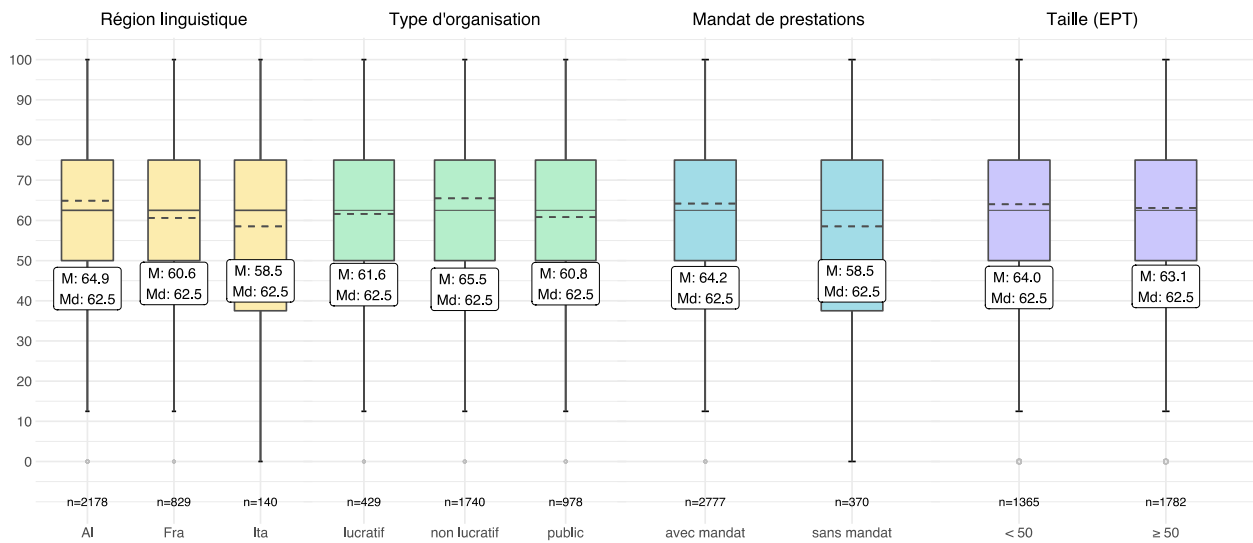


Figure 30 : Soutien social (point de vue du personnel)

Les deux premiers items précités (Figure 30 — P16-P17) permettent d'établir l'échelle *Social support from colleagues* fondée sur l'instrument COPSQ [27]. Cette sous-échelle mesure le soutien social apporté par des collègues. La valeur de l'échelle correspond à la valeur moyenne des deux items (allant de la réponse 0 — « presque jamais/jamais » à 100 — « toujours »). Plus la valeur est élevée, plus le personnel perçoit le soutien apporté par ses collègues comme important. Vous trouverez de plus amples informations au sujet de l'échelle dans l'appendice (Échelles — [Soutien social](#)).

Dans l'ensemble, on constate des différences entre les régions linguistiques (les collaborateur·rice·s des régions alémaniques ont estimé que le soutien social était plus important), entre les organisations de droit public et les organisations privées à but non lucratif, et entre celles qui ont un mandat de prestations et celles qui n'en ont pas (voir Figure 31).



Instrument : *Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) — Social support from colleagues [27]*

Légende : M = moyenne, Md = médiane, EPT = équivalent plein temps.

Al = région alémanique, Fra = région francophone, Ita = région italophone.

Lucratif = organisations privées à but lucratif, non lucratif = organisations privées à but non lucratif, public = organisations publiques.

<50 = moins de 50 EPT, ≥50 = 50 ou plus d'EPT.

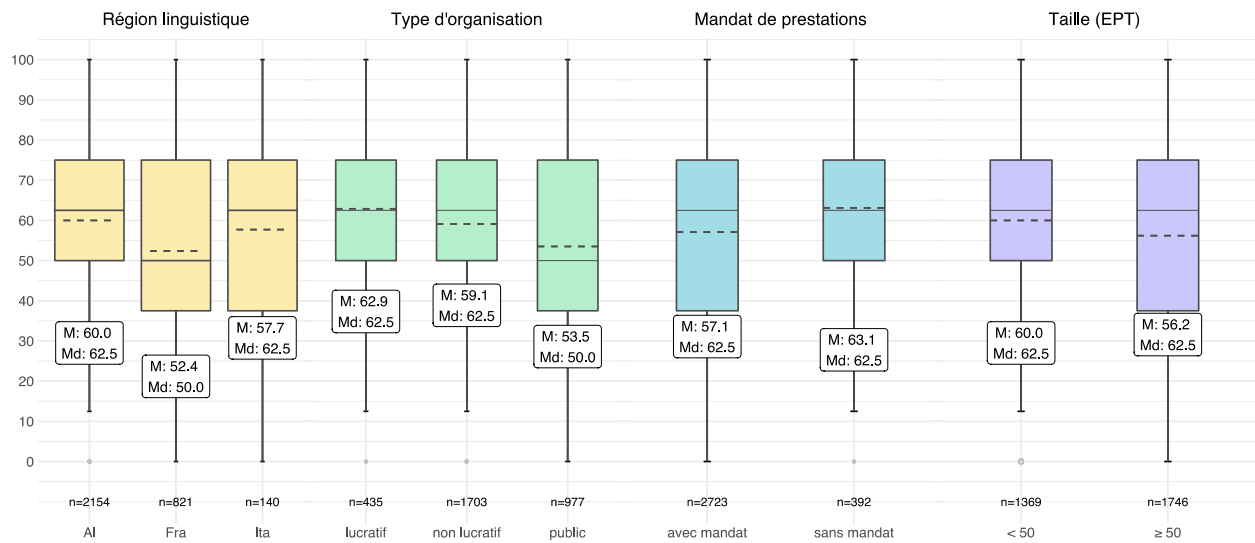
Pour plus d'informations concernant la figure, voir [Informations concernant la présentation des résultats](#).

Figure 31 : Échelle COPSOQ - Soutien social (collègues) (comparaison de groupes) (point de vue du personnel)

Calculée sur l'ensemble du personnel d'ASaD, la médiane de l'échelle *Social support from colleagues* (soutien social par les collègues) [27] s'établit à 62,5 (EI 50,0-75,0) et la moyenne à 63,5 (ET 20,6).

Les deux items « À quelle fréquence recevez-vous de l'aide et du soutien de la part de votre supérieur-e hiérarchique ? » et « À quelle fréquence recevez-vous de l'aide et du soutien de la part de votre supérieur-e hiérarchique ? » (Figure 30 — P18-P19) permettent d'établir l'échelle *Social support from supervisors* fondée sur l'instrument COPSOQ [27]. Plus la valeur est élevée, plus le personnel perçoit le soutien apporté par son/sa responsable comme important ; voir à ce sujet les informations dans l'appendice (Échelles — [Soutien social](#)).

Des différences sont observées entre les régions linguistiques, les types d'organisations et les organisations avec ou sans mandat de prestations : le personnel des organisations alémaniques et italophones a estimé que le soutien social apporté par son/sa responsable était plus important que celui des organisations francophones (M 60,0 et M 57,7 contre M 52,4). Le personnel des organisations publiques, quant à lui, jugeait le soutien social apporté par les responsables hiérarchiques comme plus faible que le personnel des organisations privées à but lucratif et des organisations privées à but non lucratif, tout comme le personnel des organisations avec mandat de prestations par rapport à celui des organisations sans mandat de prestations (voir Figure 32).



Instrument : *Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) — Social support from supervisors* [27]

Légende : M = moyenne, Md = médiane, EPT = équivalent plein temps.

Al = région alémanique, Fra = région francophone, Ita = région italophone.

Lucratif = organisations privées à but lucratif, non lucratif = organisations privées à but non lucratif, public = organisations publiques.

<50 = moins de 50 EPT. ≥50 = 50 ou plus d'EPT.

Pour plus d'informations concernant la figure, voir [Informations concernant la présentation des résultats](#).

Figure 32 : Échelle COPSOQ — Soutien social (son/sa responsable) (comparaison de groupes) (point de vue du personnel)

Calculée sur l'ensemble du personnel d'ASaD, la médiane de l'échelle *Social support from supervisors* (soutien social apporté par son/sa responsable) [27] s'établit à 62,5 (EI 37,5-75,0) et la moyenne à 57,9 (ET 23,0).

6 Culture de la sécurité

La culture de la sécurité se définit comme le produit de valeurs, d'attitudes, de perceptions, de compétences et de comportements individuels et de groupe qui déterminent l'engagement en faveur de la gestion de la sécurité d'une organisation, ainsi que le style et la performance de la gestion de la sécurité d'une organisation [30]. Dans le rapport *To Err Is Human*, l'Institute of Medicine souligne l'importance du développement d'une culture de la sécurité comme condition préalable à l'amélioration de la qualité des soins [31]. La compréhension de la culture de la sécurité est essentielle pour améliorer les pratiques ou les attitudes problématiques telles qu'une mauvaise communication, la manière de réagir aux erreurs et aux incidents indésirables [32]. Les erreurs dans l'administration de médicaments, par exemple, sont moins fréquentes dans les organisations ayant une culture de la sécurité élevée [33]. Selon la littérature spécialisée, le leadership, la dotation en personnel, la communication ouverte et le travail en équipe sont considérés comme des facteurs d'influence importants sur la culture de la sécurité [34]. Le présent chapitre examine la gestion des erreurs, le climat de sécurité et le travail en équipe.

6.1 Gestion des erreurs (point de vue des directions)

Selon la littérature spécialisée, la fréquence des erreurs et des incidents indésirables peut être réduite si ces incidents sont signalés. Leur déclaration permet d'analyser la cause, d'en tirer des enseignements et d'opérer les changements dans les systèmes et les processus, afin de réduire la survenue de tels événements [35]. La condition de base est une culture organisationnelle qui permet de parler des erreurs. Les stratégies souvent citées pour améliorer les taux de notification sont, entre autres, une procédure de notification claire, un traitement transparent des notifications et un retour d'informations sur les incidents signalés (p. ex. les mesures prises pour analyser et corriger l'incident) [36].

Résultats de SPOT^{nat} sur la gestion des erreurs

Un cinquième (20,5 %) des directions des organisations d'ASaD participantes ont déclaré travailler avec un système de notification comme le *Critical Incident Reporting System* (CIRS). Dans plus de deux tiers des services d'ASaD (72,7 %), la procédure de notification des événements indésirables, des erreurs, des « quasi-erreurs » était définie et réglementée et dans 87,5 % des organisations, les personnes impliquées recevaient un feedback (gestion des feedbacks) (voir Figure 33).

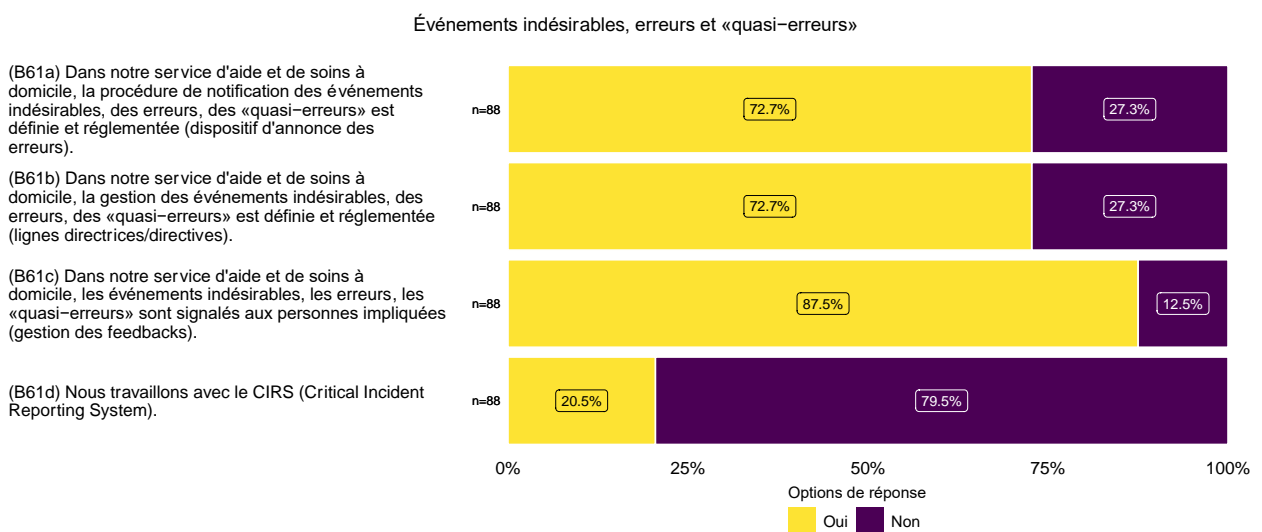


Figure 33 : Événements indésirables, erreurs et « quasi-erreurs » (point de vue des directions)



6.2 Climat de sécurité (point de vue du personnel)

Le climat de sécurité peut être défini comme les perceptions collectives des membres d'une équipe ou d'une organisation concernant la manière dont la sécurité est gérée au sein de l'organisation [37]. Le *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) [38] est un instrument fréquemment utilisé pour mesurer le climat de sécurité et peut aider les organisations à déterminer si des mesures s'imposent. On part du principe que si 80 % ou plus des personnes interrogées donnent une évaluation positive, le climat de sécurité peut être considéré comme très positif, alors qu'en dessous de 60 %, il y a lieu de prendre des mesures (voir le commentaire de l'expert à la fin du chapitre 6).

Dans la littérature sur l'ASaD, des liens ont été établis entre un climat de sécurité positif et des routines, des procédures régulièrement adaptées aux besoins, des effectifs et des compétences [39], une grande capacité d'apprentissage de l'organisation, une communication ouverte [40] et un leadership fonctionnel [41].

Résultats de SPOT^{nat} sur le climat de sécurité

Dans SPOT^{nat}, les collaborateur·rice·s ont été invité·e·s à répondre à sept items sur le climat de sécurité tels que la manière dont sont gérés les erreurs, le feedback et l'apprentissage à partir des erreurs. L'item « Je sais comment je dois agir pour aborder les questions concernant la sécurité des client·e·s de ce service d'aide et de soins à domicile » a recueilli la plus forte adhésion (90,6 %), tandis que l'affirmation « Je reçois des feedbacks (retours) appropriés concernant mon travail » a recueilli le plus faible niveau d'adhésion (63,6 %), suivi de « Dans cette équipe, il est facile de parler des erreurs » (73,4 %) (voir Figure 34).

Si l'on considère les résultats par organisation d'après le pourcentage d'adhésion (« tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord »), selon l'item, entre 18 et 83 des organisations participantes ont obtenu une adhésion $\geq 80\%$ (ce qui indique un « climat de sécurité très positif », voir ci-dessus) et entre 0 et 26 organisations une adhésion inférieure à 60 % (ce qui indique qu'il est nécessaire de prendre des mesures). L'affirmation « Je sais comment je dois agir pour aborder les questions concernant la sécurité des client·e·s de ce service d'aide et de soins à domicile (par ex. protéger les client·e·s contre des erreurs de médication, des chutes, des infections) » a rallié le plus grand nombre d'organisations (n=83) avec un taux d'adhésion supérieur ou égal à 80 %, et l'item « Je reçois des feedbacks (retours) appropriés concernant mon travail » le plus grand nombre d'organisations (n=26) avec un taux d'adhésion inférieur à 60 % (pas de figure).

Climat de sécurité

Veillez évaluer les énoncés concernant l'équipe du service d'ASaD dans laquelle vous travaillez:

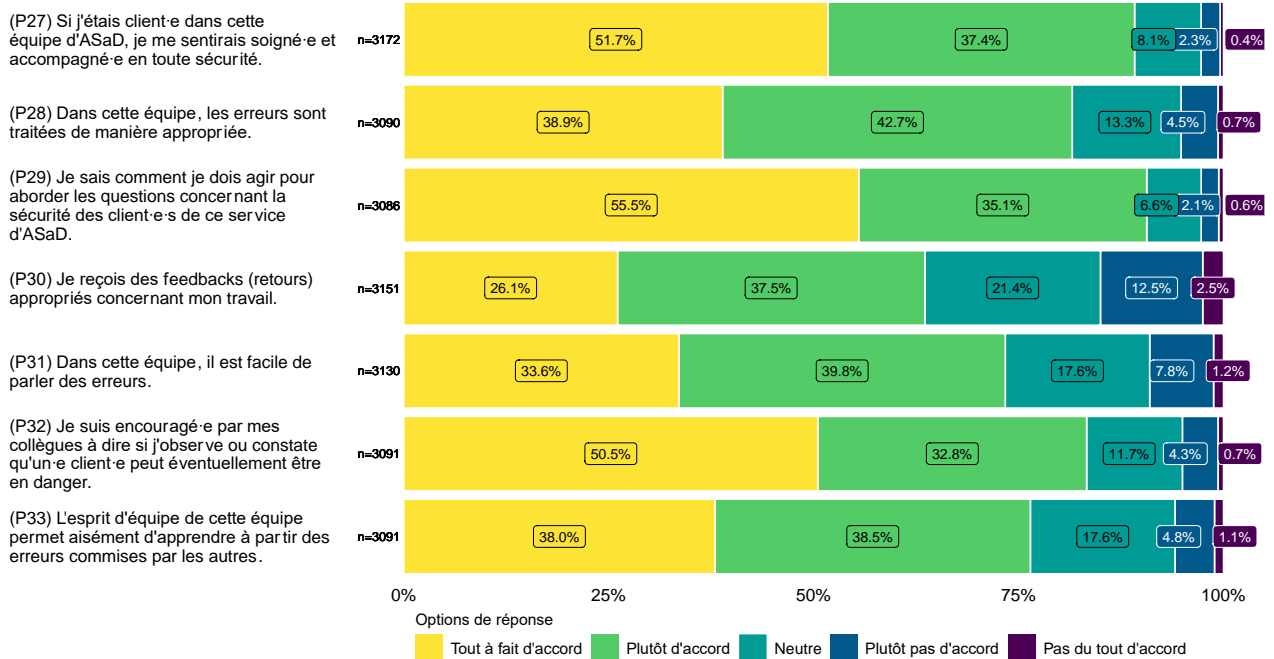
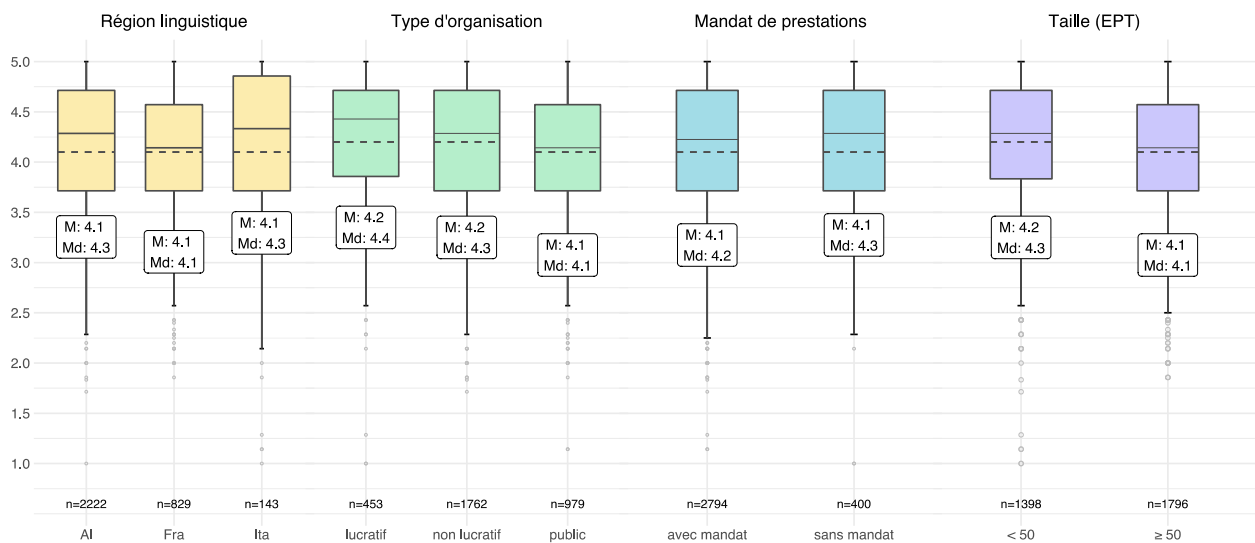


Figure 34 : Climat de sécurité (point de vue du personnel)

Les sept items ci-dessus (Figure 34) constituent ensemble l'échelle *Safety climate* de l'instrument *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) [38]. L'échelle mesure la perception d'un engagement fort et proactif de l'organisation en faveur de la sécurité. Le score de l'échelle correspond à la valeur moyenne des sept items (allant de la réponse 1 — « pas du tout d'accord » à 5 — « tout à fait d'accord »), sachant qu'une moyenne ≥ 4 indique un assentiment, soit un climat de sécurité positif. Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet dans l'appendice (Échelles — Climat de sécurité).

Si l'on considère la perception du personnel d'ASaD dans les quatre groupes, la médiane et la moyenne de l'échelle sont supérieures à 4 dans tous les groupes, ce qui indique une perception positive du climat de sécurité. La comparaison des résultats des groupes ne révèle que des différences minimales entre les organisations privées à but lucratif (M 4,2) et les organisations de droit public (M 4,1) (voir Figure 35).



Instrument : *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*, Échelle *Safety climate* [38].

Légende : M = moyenne, Md = médiane, EPT = équivalent plein temps.

AI = région alémanique, Fra = région francophone, Ita = région italophone.

Lucratif = organisations privées à but lucratif, non lucratif = organisations privées à but non lucratif, public = organisations publiques.

<50 = moins de 50 EPT, ≥50 = 50 ou plus d'EPT.

Pour plus d'informations concernant la figure, voir [Informations concernant la présentation des résultats](#).

Figure 35 : Échelle *Safety climate* (comparaison de groupes) (point de vue du personnel)

Sur l'ensemble du personnel d'ASaD, la médiane s'inscrit à 4,3 [EI 3,7-4,7] sur l'échelle *Safety climate* (climat de sécurité) [38] et la moyenne à 4,1 (ET 0,7). Comparée aux études SHURP 2018 [11] sur les EMS, qui affichait une moyenne de 3,9 (ET 0,8), MatchRN Psychiatrie⁷, qui affichait une moyenne de 3,8 (ET 0,7), et MatchRN⁸ 2018 sur les soins hospitaliers, qui affichait une moyenne de 3,6 (ET 0,5), SPOT^{nat} affiche donc la moyenne la plus élevée.

Si l'on compare les moyennes des différentes organisations d'ASaD, toutes les valeurs se situent entre 3,6 et 4,6. Au total, 20 % (n=18) des organisations ont obtenu une moyenne inférieure à 4 sur cette échelle.

6.3 Travail en équipe (point de vue du personnel)

Six items portaient sur le ressenti des collaborateur·rice·s concernant la collaboration au sein de leur équipe d'ASaD. 89,6 % des collaborateur·rice·s ont indiqué qu'ils recevaient le soutien nécessaire de la part de leurs collègues pour soigner/assister les client·e·s. La même proportion a déclaré pouvoir facilement poser des questions en cas de problème de compréhension (89,5 %). La clarification des désaccords a recueilli le niveau d'adhésion le plus faible, avec 79,9 % (voir Figure 36).

Si l'on considère les résultats par organisation sous l'angle du pourcentage d'adhésion (« Tout à fait d'accord » et « Plutôt d'accord »), selon l'item, entre 50 et 75 organisations ont obtenu une adhésion ≥ 80 %, tandis que 0 à 7 organisations ont obtenu une adhésion inférieure à 60 %. S'agissant des items « J'obtiens le soutien nécessaire de la part de mes collègues pour soigner les client·e·s » et « Dans cette équipe, les personnes peuvent facilement poser des questions lorsqu'elles ne comprennent pas quelque chose », le taux d'adhésion était supérieur ou égal à 80 % (n=75 chacun) dans la plupart des organisations, tandis que le plus grand nombre d'organisations (n=7) présentant un taux d'adhésion inférieur à 60 % a été recensé pour l'item « Dans cette équipe de soins, les différent·e·s professionnel·le·s travaillent ensemble en tant qu'équipe bien coordonnée » (pas de figure).

⁷ <https://matchrnpsychiatrie.nursing.unibas.ch>. Les données de MatchRN Psychiatrie ne sont pas publiées et ont été calculées pour le présent rapport.

⁸ <https://matchrn.unibas.ch/>. Les données de MatchRN Soins hospitaliers ne sont pas publiées et ont été calculées pour le présent rapport.

Travail en équipe

Veillez évaluer les énoncés concernant l'équipe du service d'ASaD dans laquelle vous travaillez:

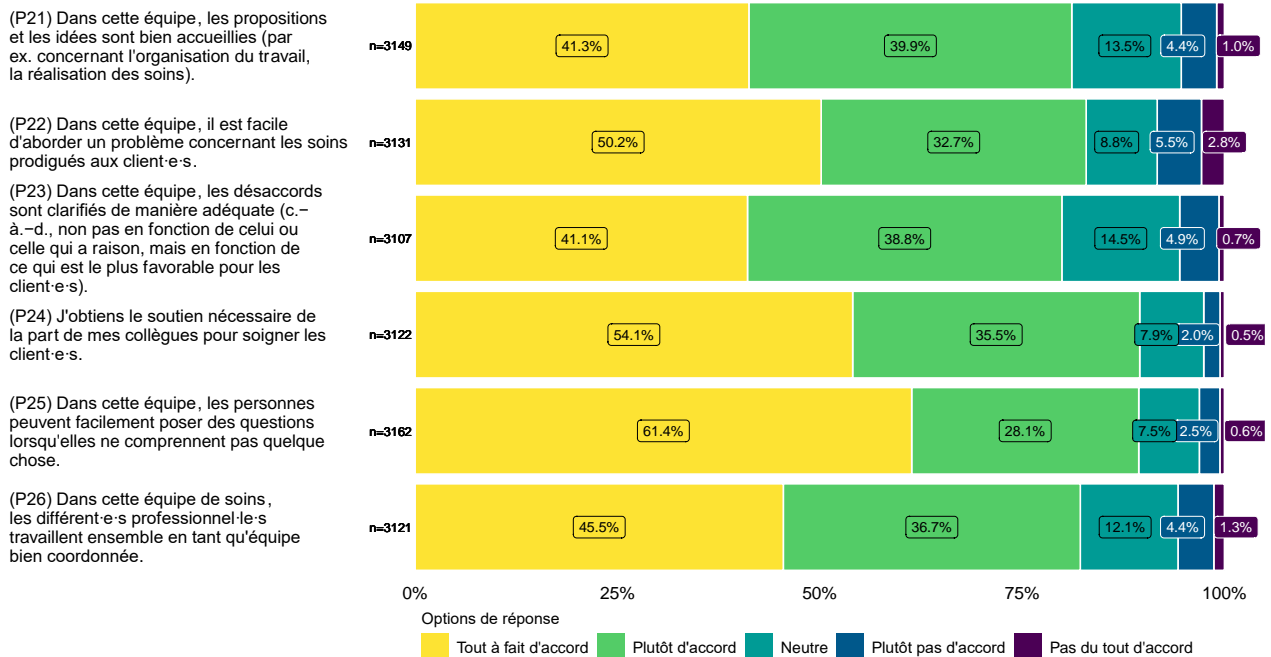
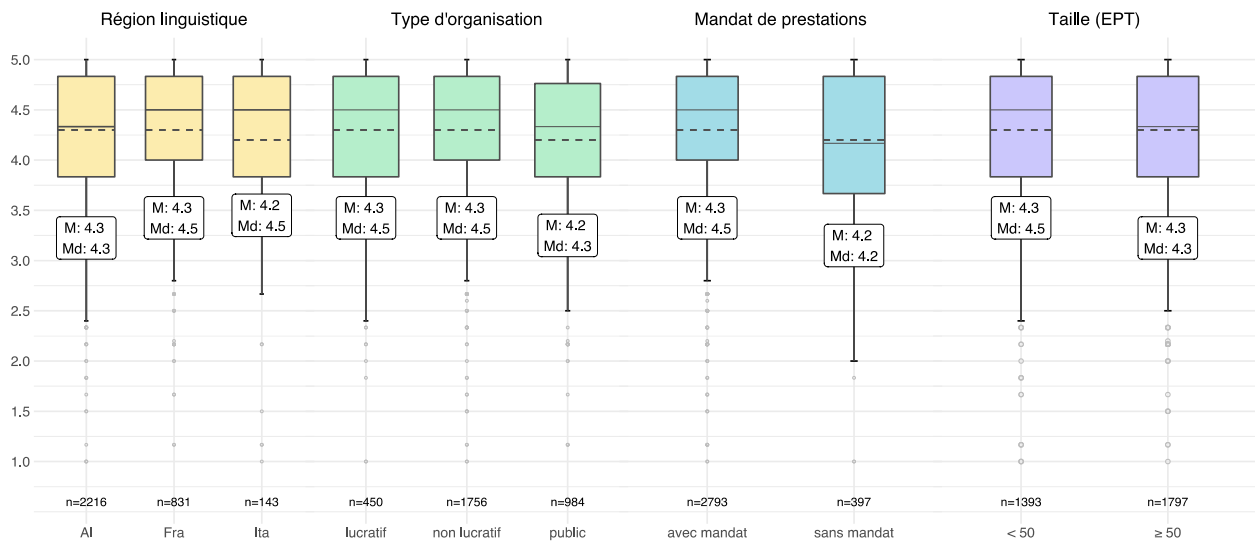


Figure 36 : Travail en équipe (point de vue du personnel)

Les six items ci-dessus (Figure 36) constituent ensemble l'échelle *Teamwork climate*, de l'instrument SAQ [38]. Cette échelle mesure la qualité de la collaboration telle que perçue au sein des équipes.

Le score de l'échelle correspond à la valeur moyenne des six items (allant de la réponse 1 — « pas du tout d'accord » à 5 — « tout à fait d'accord »), sachant qu'une moyenne ≥ 4 reflète l'adhésion, soit une bonne collaboration. Vous trouverez de plus amples informations au sujet de l'échelle dans l'appendice (Échelles — Travail en équipe).

Si l'on considère la perception des collaborateur·rice·s d'ASaD dans les quatre groupes de la Figure 37, il apparaît que médiane et moyenne sont toutes deux supérieures à 4 dans tous les groupes, ce qui reflète une perception positive de la collaboration au sein des équipes. Aucune différence notable n'apparaît entre les groupes.



Instrument : Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), Échelle *Teamwork climate* [38]

Légende : M = moyenne, Md = médiane, EPT = équivalent plein temps.

Al = région alémanique, Fra = région francophone, Ita = région italophone.

Lucratif = organisations privées à but lucratif, non lucratif = organisations privées à but non lucratif, public = organisations publiques.

<50 = moins de 50 EPT, ≥50 = 50 ou plus d'EPT.

Pour plus d'informations concernant la figure, voir [Informations concernant la présentation des résultats](#).

Figure 37 : Échelle *teamwork climate* (comparaison de groupes) (point de vue du personnel)

L'ensemble du personnel d'ASaD évalue la collaboration comme positive ; sur l'échelle *Teamwork climate* [38] la médiane s'inscrit à 4,3 [EI 3,8-4,8] et la moyenne à 4,3 (ET 0,7). Son évaluation du travail d'équipe est à nouveau supérieure à celle d'autres groupes de collaborateur·rice·s : l'étude SHURP 2018 [11], sur les EMS, affichait une moyenne de 4,0 (ET 0,8), MatchRN Psychiatrie⁹ affichait une moyenne de 3,7 (ET 0,5) et MatchRN¹⁰ 2018 sur les soins hospitaliers affichait une moyenne de 3,8 (ET 0,6).

Les moyennes des différentes organisations d'ASaD se situent entre 3,6 et 4,7. Au total, 12,5 % (n=11) des organisations ont obtenu une moyenne inférieure à 4.

⁹ Étude MatchRN Psychiatrie. <https://matchrnpsychiatrie.nursing.unibas.ch>. Les données de MatchRN Psychiatrie ne sont pas publiées et ont été calculées pour le présent rapport.

¹⁰ Étude MatchRN. <https://matchrn.nursing.unibas.ch>. Les données de MatchRN Soins hospitaliers ne sont pas publiées et ont été calculées pour le présent rapport.



« L'ouverture d'esprit — et la volonté de changement — nous permettront à tous de garantir, ensemble, des standards élevés en matière de sécurité des patient·e·s. »

Prof. Dr René Schwendimann

Responsable du département Sécurité des patient·e·s

Hôpital universitaire de Bâle

Les résultats de SPOT^{nat} concernant des aspects importants de la culture de la sécurité dans les organisations d'ASaD interrogées se distinguent par les taux d'adhésion majoritairement élevés que l'on observe toutes organisations confondues. De tels résultats en matière de gestion des erreurs, de climat de sécurité et de travail en équipe sont l'expression d'une belle performance globale de ces organisations dans le domaine de la sécurité des client·e·s et des patient·e·s.

S'agissant de la gestion des erreurs pouvant survenir lors de l'assistance et des soins directs ou indirects aux client·e·s, on constate certes que seule une organisation d'ASaD sur cinq dispose d'un CIRS établi, mais aussi que près des trois quarts ont mis en place des procédures internes pour signaler et gérer les incidents indésirables, les erreurs et les « quasi-erreurs », qui sont des éléments organisationnels importants de la culture de la sécurité.

Lorsque nous parlons de culture de la sécurité, il s'agit d'attitudes, des hypothèses et des comportements personnels ainsi que des valeurs communes aux collaborateur·rice·s d'un même établissement en matière de sécurité des patient·e·s. Pour le dire simplement, au quotidien, la culture de la sécurité c'est « notre manière de faire les choses, notre vision des choses, la manière dont nous en parlons entre nous, ce que nous ressentons à ce sujet et la manière dont nous le gérons ».

Le climat de sécurité et l'ambiance de travail en équipe reflètent donc l'environnement de travail d'une organisation et de ses services ou unités. À la différence des hôpitaux et des EMS, les organisations d'ASaD jouent, selon leur profil et leur emplacement, un rôle assez particulier puisque les membres d'une équipe d'ASaD se rendent généralement au domicile de leurs client·e·s pour les soins et l'assistance, ce qui leur permet d'établir plus facilement des relations de confiance qui permettent de parler des erreurs ou des incidents/événements indésirables. L'adhésion élevée des collaborateur·rice·s des services d'ASaD aux items portant sur le climat de sécurité témoigne d'un engagement clair en faveur de la sécurité des patient·e·s dans leur domaine d'activité. Inversement, dans les établissements où le taux d'adhésion est faible, le thème du climat de sécurité doit être abordé, attendu que la littérature fait état d'une corrélation avec la prévention d'incidents indésirables tels que les infections nosocomiales, les erreurs médicamenteuses ou les escarres.

Une ambiance de travail en équipe jugée positive avec des niveaux d'adhésion élevés est le reflet de la perception positive du personnel quant à la qualité de la collaboration au sein de l'équipe dans leur domaine. Les collaborateur·rice·s estiment alors que leurs collègues sont coopératifs, qu'il·elle·s sont entendu·e·s par la direction et apprécié·e·s et soutenu·e·s dans leur travail. Ces impressions peuvent avoir un impact important sur leur performance et donc sur la prise en charge des client·e·s. Les niveaux d'adhésion faibles résultent généralement de difficultés persistantes au sein d'une équipe ; ces difficultés doivent être abordées.

En ce qui concerne la nécessité de prendre des mesures de développement ou d'amélioration, les résultats de l'enquête fournissent des indications importantes, surtout au niveau des différentes organisations d'ASaD.

- Taux d'adhésion supérieurs ou égaux à 80 % : ces services avec un climat de sécurité et une ambiance de travail en équipe très positifs peuvent servir de référence (*benchmark*) à d'autres équipes et à leur direction, dans l'optique d'un apprentissage réciproque.
- Des niveaux d'adhésion situés entre 60 % et 80 % : indiquent un climat de sécurité et une



ambiance de travail en équipe jugés satisfaisants voire bons. Les services concernés peuvent se concentrer sur les thèmes (voir items) à maintenir ou à améliorer.

- Taux d'adhésion inférieurs à 60 % : sont révélateurs d'un climat de sécurité et d'une ambiance de travail en équipe insatisfaisants ou instables. Dans ces services, il est impératif de définir des mesures d'amélioration pour les thèmes en question.

Il convient en tous les cas de se poser la question suivante : comment se fait-il que, selon les résultats de l'enquête, certaines organisations d'ASaD « fonctionnent » très bien et d'autres moins bien ? Que pouvons-nous apprendre des autres organisations et que peuvent-elles apprendre de nous ? L'ouverture d'esprit — et la volonté de changement — nous permettront à tous de garantir, ensemble, des standards élevés en matière de sécurité des patient·e·s.

7 Gestion de la médication

Les problèmes liés à la médication font partie des incidents indésirables les plus fréquents dans le domaine de la santé [42]. Les données à disposition indiquent que ces problèmes sont encore plus fréquents dans le domaine de l'ASaD que dans le secteur hospitalier [43]. Dans le domaine de l'ASaD, les nombreuses interfaces avec d'autres prestataires constituent un défi spécifique [44] : à la sortie de l'hôpital par exemple, les informations relatives à la médication sont souvent incomplètes ou erronées, et ne sont pas transmises à temps à l'organisation d'ASaD. Un autre défi concerne la disponibilité en temps voulu des médicaments chez les client·e·s [45]. Il convient d'accorder une attention particulière à la sécurité de la médication dans le cadre de l'ASaD. En raison de leur âge, de leur fréquente polymorbidité et de la polymédication qui en découle [46], les client·e·s des services d'ASaD sont particulièrement exposé·e·s aux risques liés aux médicaments. Rencontrer des problèmes liés à la médication peut entraîner une plus forte morbidité, nécessiter une réadmission à l'hôpital et augmenter la mortalité [47].

Résultats de SPOT^{nat} sur la gestion de la médication (point de vue du personnel et des client·e·s)

Pour l'étude SPOT^{nat}, le personnel de soins et d'assistance s'est prononcé sur quatre items relatifs à l'existence de lignes directrices, de règlements ou de mécanismes dédiés aux processus de gestion de la médication. La majorité des organisations d'ASaD (62,2 %) ont indiqué qu'elles disposaient de lignes directrices sur la manière et la forme de la transmission des prescriptions de médicaments. La procédure explicite en cas de médicaments manquants était un peu moins souvent réglementée (49,5 %). Alors qu'environ 40 % des organisations disposaient d'un système permettant de signaler les incidents critiques en lien avec la médication, ce n'était pas le cas des autres organisations ou ledit système n'était pas connu des collaborateur·rice·s (voir Figure 38).

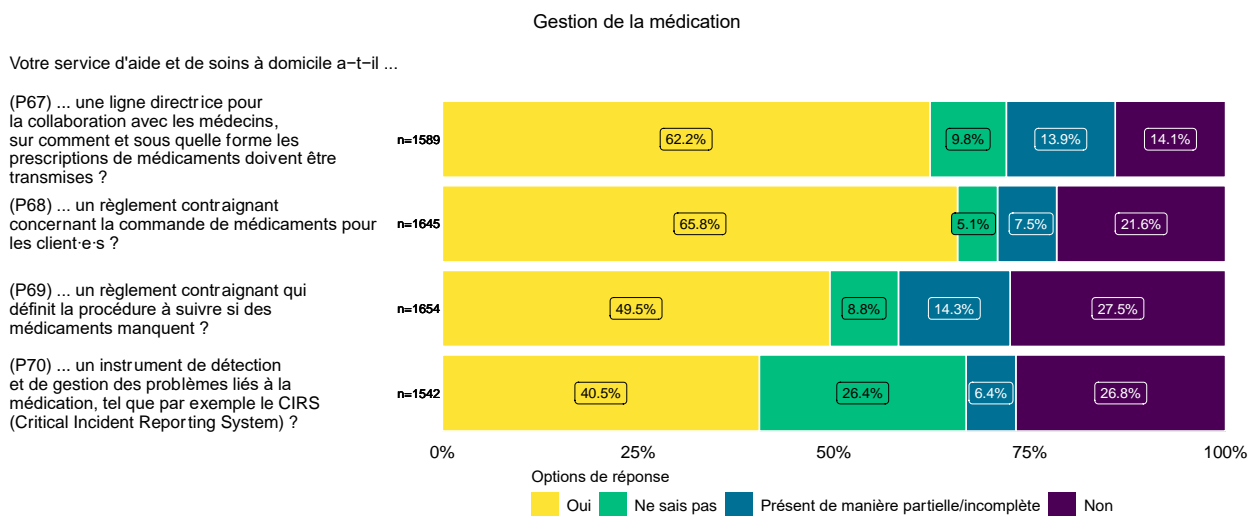


Figure 38 : Gestion de la médication (point de vue du personnel)

Trois autres items ont permis de déterminer comment les client·e·s évaluaient l'aide apportée pour la médication : l'échange au sujet des médicaments et de leur application, l'existence d'un plan de médication, et le recours au personnel du service d'ASaD en cas de questions concernant les médicaments.

Plus de 90 % des client·e·s d'ASaD disposaient d'un plan de médication, un outil essentiel à la coordination interprofessionnelle des traitements médicamenteux (ceux qui avaient coché « Je ne prends pas de médicaments/ce n'est pas nécessaire » [n=93] n'ont pas été pris en considération). Selon les client·e·s, plus de la moitié des collaborateur·rice·s d'ASaD (59,9 %) donnaient aussi des explications et répondaient aux questions concernant la médication. Enfin, la majorité des client·e·s (52,6 %) a rapporté que le personnel du service d'ASaD était effectivement un interlocuteur en cas de question concernant les médicaments (voir Figure 39).

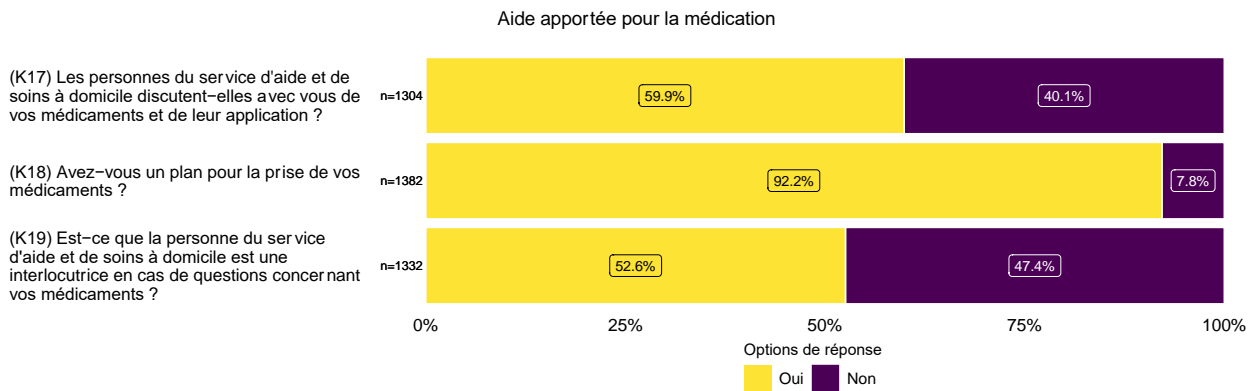


Figure 39 : Aide apportée pour la médication (point de vue des client·e·s)

« La multiplicité des interfaces rend le processus de médication complexe dans les soins à domicile. La saisie systématique des problèmes aux interfaces est une bonne base pour résoudre ce type de défis systémiques de manière constructive. »

Prof. Dr Carla Meyer-Masseti

Professeure assistante en pharmacie clinique
Hôpital de l'Île, Berne et Institut bernois de médecine de famille BIHAM

Les processus relatifs à la médication dans le domaine de l'ASaD sont complexes en raison de ses nombreuses interfaces [44]. La transmission des prescriptions médicales, dans le domaine ambulatoire ou à la sortie de l'hôpital, est une étape à risque du processus [44, 48]. Pour les organisations concernées, il est donc pertinent d'évaluer la collaboration à ces interfaces et de définir une procédure interprofessionnelle. Il est notamment possible d'améliorer proactivement la communication en mettant en place des connexions sécurisées et en créant une adresse mail commune à toute l'équipe, sécurisée elle aussi, en nommant un·e interlocuteur·rice clair·e pour les contacts interprofessionnels ou en créant un formulaire standardisé pour les demandes. Il est également recommandé de joindre toutes les informations disponibles en cas de questions après la sortie de l'hôpital, afin de garantir que tou·te·s les professionnel·le·s impliqu·e·s disposent du même niveau d'information. Dans le cadre de la procédure de sortie, une transmission préalable de la liste des médicaments de la part de l'hôpital peut soutenir la continuité de la prise en charge par les interfaces.

Saisir systématiquement les problèmes rencontrés aux interfaces et en discuter régulièrement avec les institutions qui adressent des patient·e·s aux services d'ASaD permet de créer une base pour résoudre des défis systémiques de manière constructive. L'Organisation mondiale de la santé recommande aux organisations du secteur de la santé de mettre en place de tels *Critical Incident Reporting System* (CIRS). Avec sa plateforme CIRNET, la fondation Sécurité des patients Suisse¹¹ propose par exemple une solution nationale qui favorise les échanges entre les organisations. Cela encourage une approche constructive des erreurs et l'apprentissage mutuel à partir des événements indésirables [49].

Bien qu'il ait été démontré dans le cadre de SPOT^{nat} qu'une grande majorité des client·e·s de l'ASAD en Suisse disposent d'une liste de médication, il est possible que celle-ci soit encore trop rarement utilisée, comme l'a montré une étude menée en Suisse en 2019 [50]. Les collaborateur·rice·s des services d'ASaD jouent ici un rôle central, par exemple en impliquant les client·e·s en fonction de leur compétence en matière de médication [51] et en organisant des formations à la médication adaptées aux groupes-cibles et motivantes [50].

¹¹ www.securitedespatients.ch



8 Communication

Les soins et l'assistance aux client·e·s des services d'ASaD, souvent âgé·e·s et polymorbides, sont généralement pris en charge par plusieurs prestataires issu·e·s de divers domaines et de différents contextes (*settings*), ce qui implique une transmission d'informations via de multiples canaux. Cette communication doit garantir que les informations sont correctes, complètes et disponibles en temps voulu là où elles sont nécessaires pour la prise en charge des client·e·s [52].

Le manque de communication entre les prestataires de soins est un phénomène récurrent [53]. Des processus établis, des espaces pour échanger ainsi que des systèmes électroniques sécurisés peuvent être utiles pour améliorer la transmission des données relatives aux patient·e·s entre les prestataires de soins [54]. Selon la littérature spécialisée, jusqu'à 18 % des incidents affectant la sécurité des patient·e·s et jusqu'à 70 % des incidents indésirables liés à la médication pourraient être évités si les informations nécessaires étaient disponibles au bon moment et pour le/la bon·ne patient·e [55].

Le chapitre suivant porte sur les systèmes et les canaux de communication existants, les groupes professionnels impliqués dans les discussions de cas, l'échange électronique de données médicales, la qualité de la communication au sein du groupe de prise en charge ainsi que la communication avec le service d'ASaD du point de vue des client·e·s.

Résultats de SPOT^{nat} sur la communication

8.1 Systèmes de communication (point de vue des directions)

Les directions des organisations d'ASaD participantes ont été consultées au sujet des systèmes de communication standardisés disponibles et utilisés. Les questions portaient aussi bien sur l'échange d'informations sur les client·e·s à l'interne que sur l'échange avec d'autres prestataires. Parmi les systèmes de communication internes standardisés disponibles, les réunions d'équipe agendées régulièrement ont été les plus fréquemment citées (94,3 %), suivies des discussions internes sur les cas agendées régulièrement et de l'utilisation d'un dossier client·e électronique (87,5 % chacun). Le dossier client·e est plus souvent disponible sur support électronique (87,5 %) que sur papier (42,5 %). Dans les organisations interrogées, un téléphone professionnel individuel est plus souvent disponible (79,5 %) qu'un système de messagerie instantanée (73,9 %) ou qu'une adresse électronique professionnelle individuelle (70,5 %) (voir Figure 40).

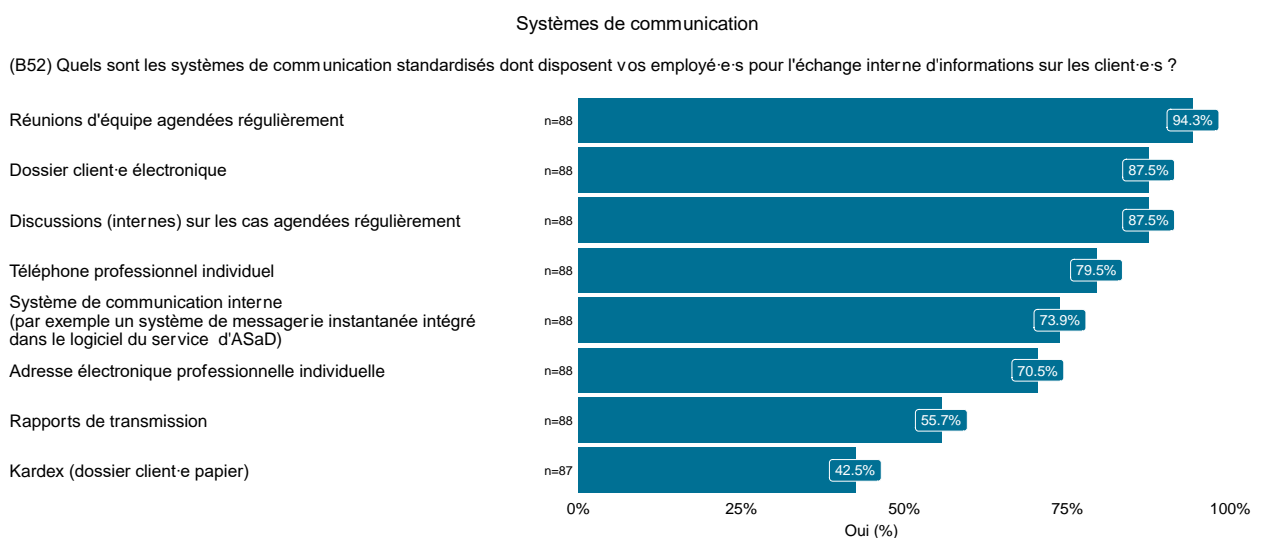


Figure 40 : Systèmes de communication disponibles en interne (point de vue des directions)

S'agissant de l'échange d'informations concernant les client·e·s avec d'autres prestataires, les directions ont indiqué qu'elles utilisaient en premier lieu le téléphone (53,4 %), suivi du courrier électronique (37,5 %) (pas de figure).

8.2 Canaux de communication (point de vue du personnel)

Les deux items suivants visaient à déterminer comment les collaborateurs-rices des services d'ASaD communiquaient le plus souvent les informations importantes concernant leurs client-e-s à la fois au sein de l'équipe d'ASaD et en dehors de l'équipe d'ASaD.

Le principal canal de communication interne était le dossier client-e écrit (54,1 %), suivi du courrier électronique (12,5 %), des échanges en personne (11,4 %), du téléphone (8,6 %) et des options en ligne ou via un chat (8,1 %) (voir Figure 41).

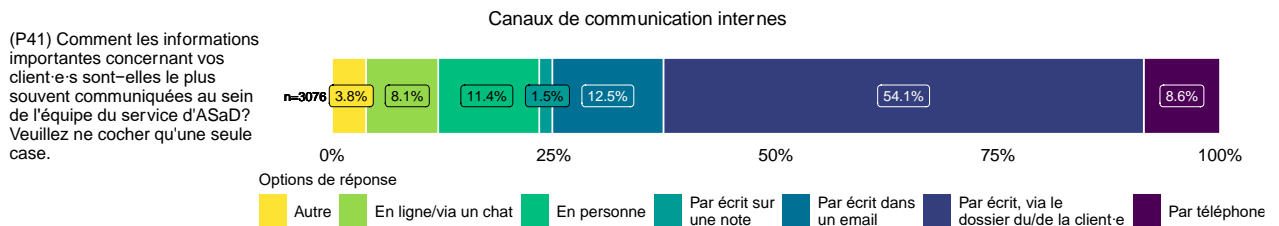


Figure 41 : Canaux de communication internes (point de vue du personnel)

La communication entre les services d'ASaD et les prestataires externes s'effectuait principalement par courrier électronique (44,4 %). Les échanges téléphoniques occupaient aussi une place importante (26,5 %) (voir Figure 42).

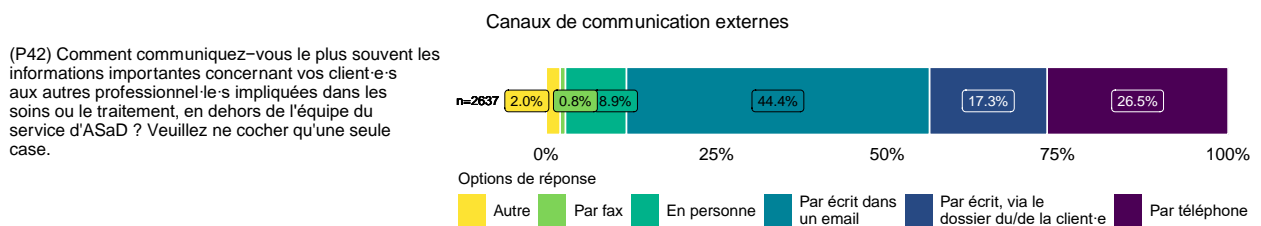


Figure 42 : Canaux de communication externes (point de vue du personnel)

8.3 Discussions de cas (point de vue des directions)

Les discussions de cas relatives aux client-e-s complexes avaient majoritairement lieu de manière régulière au sein de l'équipe d'ASaD (89,8 %). Il était moins fréquent que les discussions de cas régulières soient interprofessionnelles ou interdisciplinaires (61,4 %) (voir Figure 43).

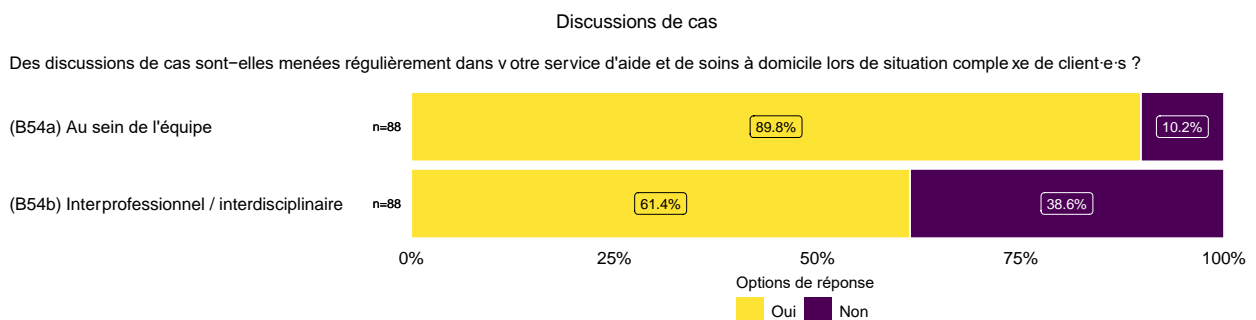


Figure 43 : Discussions de cas menées régulièrement (point de vue des directions)

Le personnel soignant qualifié participait presque toujours aux discussions de cas interprofessionnelles / interdisciplinaires. Les soignant-e-s était aussi souvent représenté-e-s par des expert-e-s (70,4 %). Parmi les autres groupes professionnels, le personnel d'assistance/personnel auxiliaire était le plus souvent représenté (64,8 %), suivi des médecins (63,0 %) et des services sociaux (57,4 %) (voir Figure 44).

Discussions de cas – Groupes professionnels présents

(B54b) Si vous avez coché «Oui» pour interprofessionnel/interdisciplinaire, quels sont les groupes professionnels qui participent habituellement aux discussions de cas ? Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

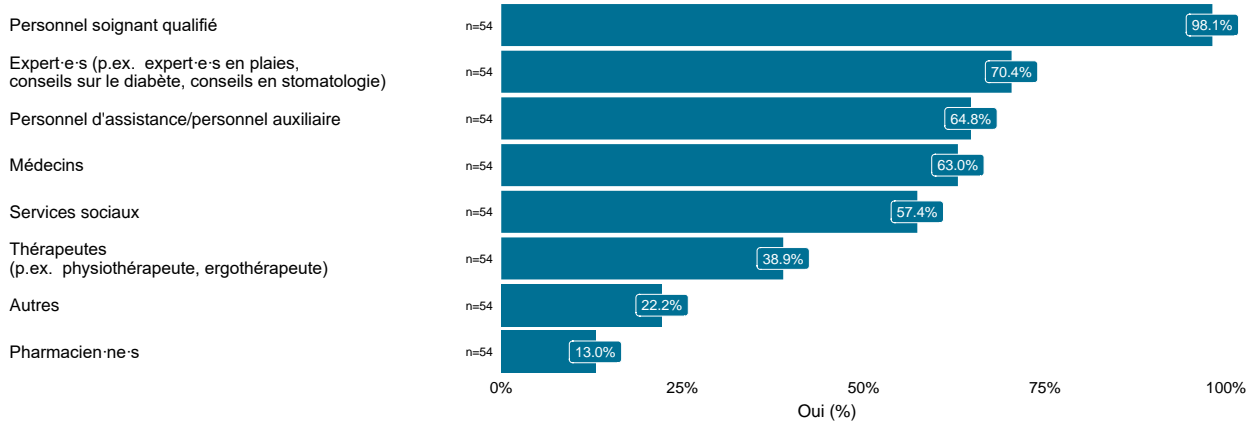


Figure 44 : Discussions de cas — Groupes professionnels présents (point de vue des directions)

8.4 Échange électronique des données (point de vue des directions)

L'échange électronique de données directement à partir de la documentation électronique des client-e-s n'est pas encore possible partout, une réalité à laquelle sont également confronté-e-s les professionnel-le-s de la santé dans d'autres pays. L'absence d'échange de données aux interfaces entre les prestataires de soins a été particulièrement relevée. Outre la formation d'équipes avec des personnes externes à l'organisation, l'échange électronique des données est un élément clé de la communication [56, 57].

88,6 % des organisations participantes disposaient d'un système de documentation électronique. Selon les directions des organisations d'ASaD participantes, la communication par voie électronique était le mieux établie avec les institutions stationnaires (hôpitaux 31,2 %, cliniques de réadaptation/établissements de cure 27,3 %) et avec les médecins de famille et les spécialistes (28,6 % et 26,0 %). La documentation électronique des client-e-s permettait moins souvent un échange avec les services thérapeutiques (10,5 %) (voir Figure 45).

Echange électronique de données

Notre système de documentation électronique des client-e-s permet l'échange électronique de données de santé avec :

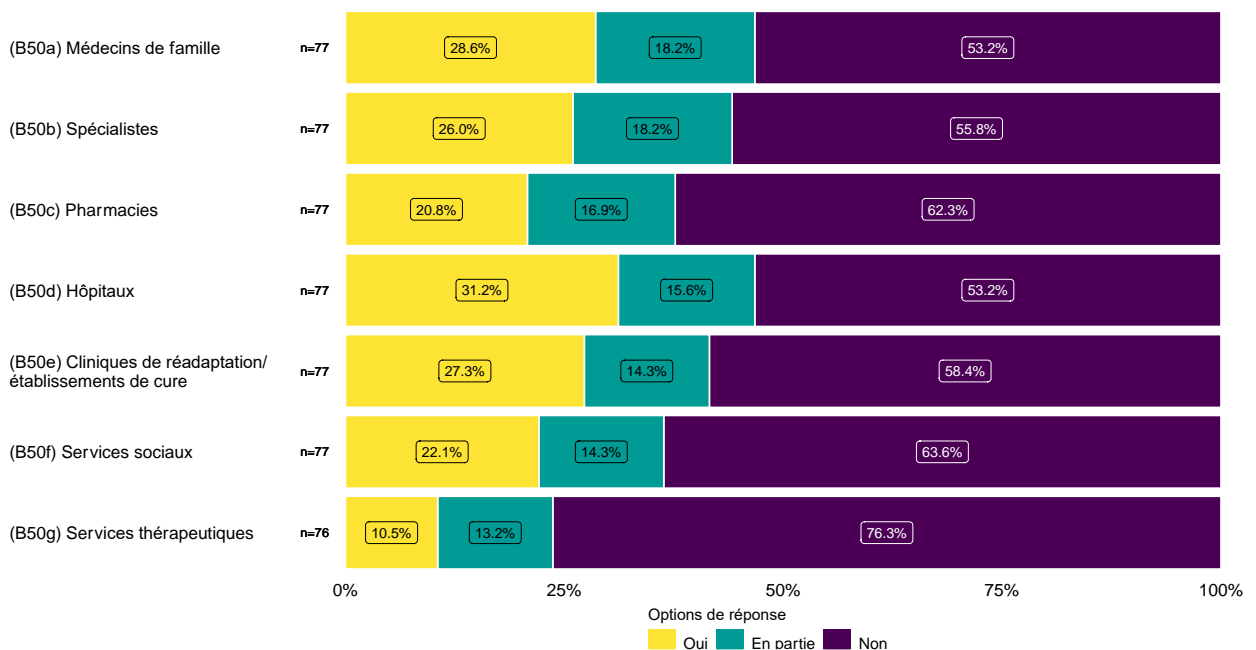


Figure 45 : Échange électronique de données (point de vue des directions)

La Figure 46 montre que plus de la moitié (53,2 %) des organisations d'ASaD utilisaient aussi de la documentation sur papier, par exemple pour les ordonnances, le suivi des plaies, les rapports d'évolution et les feuilles d'enregistrement des signes vitaux (qui se trouvent chez les client-e-s).

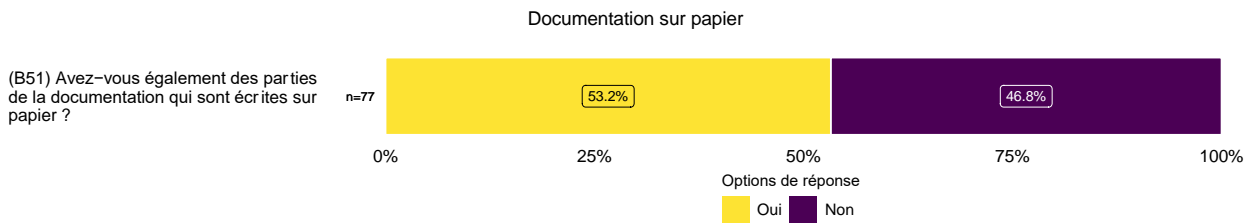


Figure 46 : Documentation sur papier (point de vue des directions)

8.5 Communication et échange d'informations au sein du groupe de prise en charge (point de vue du personnel)

Le personnel d'ASaD a été invité à répondre à six items sur la qualité de la communication et de l'échange d'informations au sein du groupe de prise en charge. Par groupe de prise en charge, on entend tous les professionnel-le-s impliqué-e-s dans la prise en charge d'un-e client-e (p. ex. soins à domicile, le médecin de famille, les assistant-e-s sociaux, le personnel hospitalier, le personnel de la pharmacie). Tous les items ont reçu plus de 50 % d'accord par les collaborateur-ric-e-s (réponses allant de « plutôt d'accord » à « tout à fait d'accord »), sachant que ceux portant sur la transmission à temps des informations et sur leur justesse ont recueilli la plus forte adhésion, respectivement 77,5 % et 87,9 %.

Un potentiel d'amélioration était identifiable notamment quant à l'utilisation efficace du dossier des client-e-s comme outil de communication par les membres du groupe de prise en charge (58,4 %) et au traitement efficace des préoccupations des client-e-s lors de réunions et de discussions (58,3 %) (voir Figure 47).

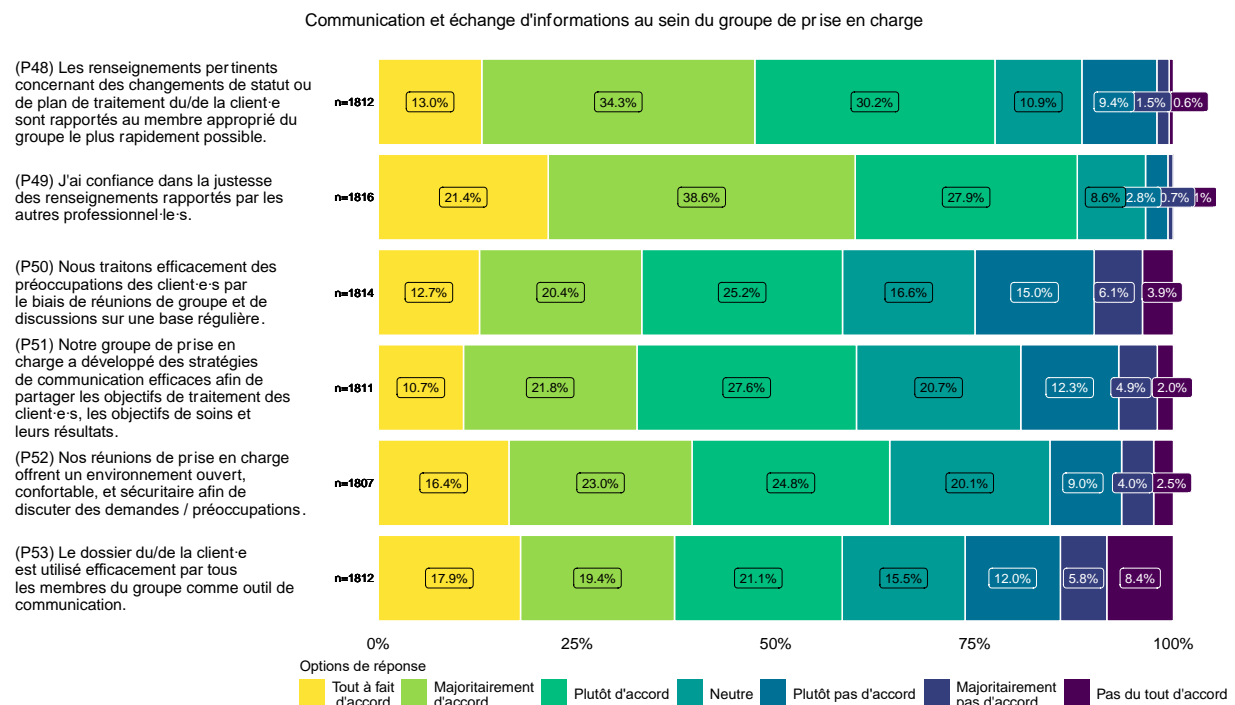
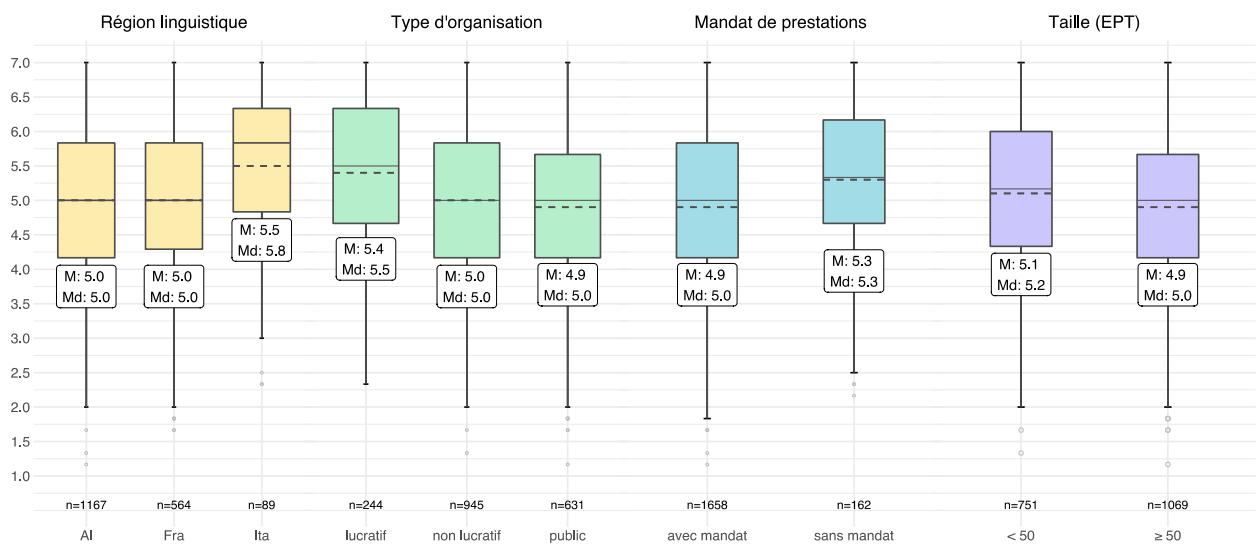


Figure 47 : Communication et échange d'informations au sein du groupe de prise en charge (point de vue du personnel)

Les items précités (Figure 47) constituent ensemble l'échelle *Communication and Information Exchange* de l'instrument *Collaborative Practice Assessment Tool* (CPAT) [58]. Une valeur moyenne est calculée pour les six items (allant de la réponse 1 — « pas du tout d'accord » à 7 — « tout à fait d'accord »), sachant qu'une moyenne ≥ 5 correspond à un accord, c'est-à-dire à une bonne communication et un bon échange

d'informations ; vous trouverez de plus amples informations dans l'appendice Échelles — [Communication et échange d'informations](#).

La comparaison des différents groupes révèle que la région italophone (M 5,5) obtient de bien meilleurs résultats sur l'échelle que les autres régions linguistiques (M 5,0), tout comme les organisations privées à but lucratif (M 5,4) par rapport aux autres types d'organisations (M 5,0 et M 4,9). Des différences sont également visibles dans les deux autres groupes, les organisations sans mandat de prestations ayant obtenu des valeurs plus élevées (M 5,3) que celles avec mandat de prestations (M 4,9), à l'instar des organisations comptant moins de 50 EPT (M 5,1) par rapport à celles comptant 50 EPT ou plus (M 4,9) (voir Figure 48).



Instrument : Collaborative Practice Assessment Tool, Échelle Communication and Information Exchange [58]

Légende : M = moyenne, Md = médiane, EPT = équivalent plein temps.

AI = région alémanique, Fra = région francophone, Ita = région italophone.

Lucratif = organisations privées à but lucratif, non lucratif = organisations privées à but non lucratif, public = organisations publiques.

<50 = moins de 50 EPT. ≥50 = 50 ou plus d'EPT.

Pour plus d'informations concernant la figure, voir [Informations concernant la présentation des résultats](#).

Figure 48 : Échelle CPAT — Communication et échange d'informations (comparaison de groupes) (point de vue du personnel)

Pour l'ensemble du personnel d'ASaD, la médiane de l'échelle *Communication and Information Exchange* (Communication et échange d'informations) [58] s'est inscrite à 5,0 [EI 4,2-5,8] et la moyenne à 5,0 (ET 1,1).

8.6 Communication avec le service d'ASaD

Les client·e·s ont aussi été interrogé·e·s sur leur expérience en matière de communication avec leur service d'ASaD. Au total, 93,2 % des client·e·s ont indiqué qu'ils-elles avaient été informé·e·s des soins et des prestations qu'ils-elles allaient recevoir lors du premier contact avec le service d'ASaD (voir Figure 49).

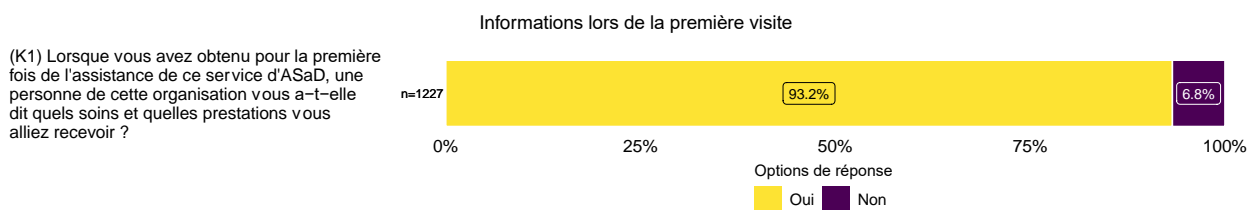


Figure 49 : Informations lors de la première visite (point de vue des client·e·s)

Selon 88,0 % des client-e-s, l'heure de passage du service d'ASaD leur a « toujours » ou « souvent » été communiquée. Une proportion similaire (88,3 %) a indiqué que les collaborateur-riche-s du service d'ASaD leur ont expliqué les choses de manière compréhensible. L'écoute attentive de la part du personnel du service d'ASaD a été jugée particulièrement positive : 69,3 % des client-e-s ont indiqué que c'était « toujours » le cas, et 24,2 % « souvent » (voir Figure 50).

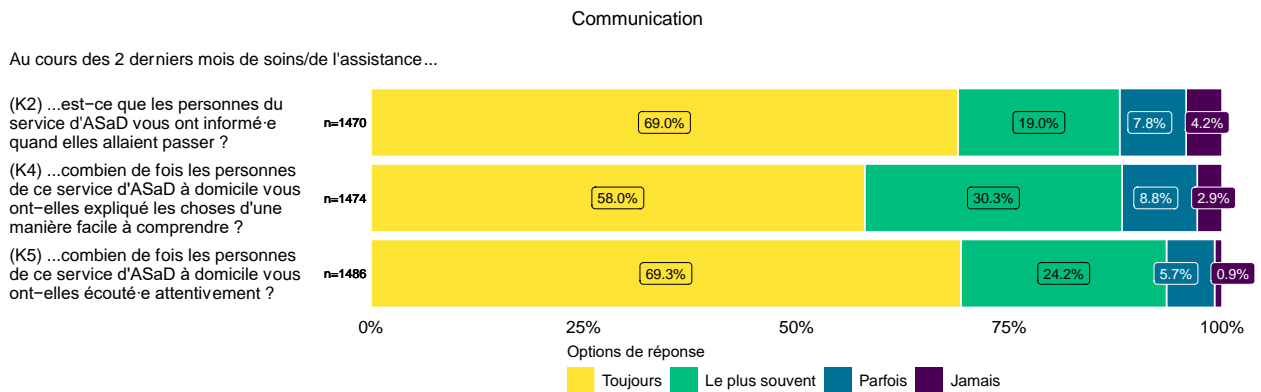


Figure 50 : Communication (point de vue des client-e-s)

Au moment de l'enquête, environ 29,1 % des client-e-s avaient contacté l'organisation d'ASaD au cours des deux derniers mois pour obtenir de l'aide ou des conseils. 96,5 % de ces client-e-s ont répondu qu'ils ou elles avaient reçu l'aide ou les conseils dont ils ou elles avaient besoin (voir Figure 51 et Figure 52) et 97,1 % que l'aide ou les conseils leur avaient été fournis « le même jour » ou dans un délai de « 1 à 5 jours » (voir Figure 53).

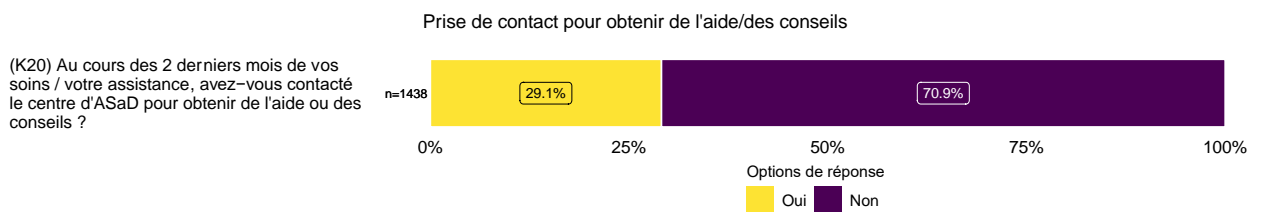


Figure 51 : Service d'ASaD contacté (point de vue des client-e-s)

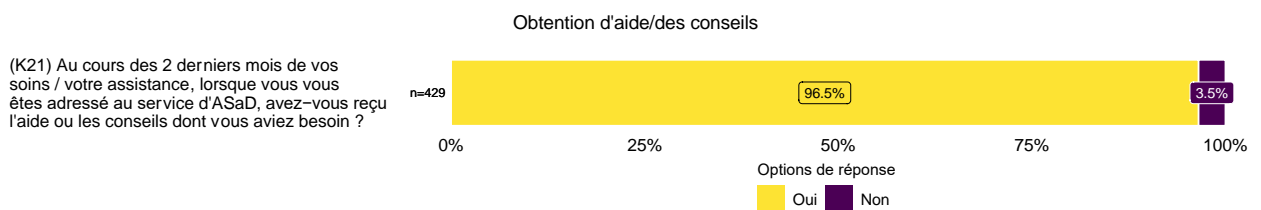


Figure 52 : Obtention d'aide ou de conseils du service d'ASaD (point de vue des client-e-s)

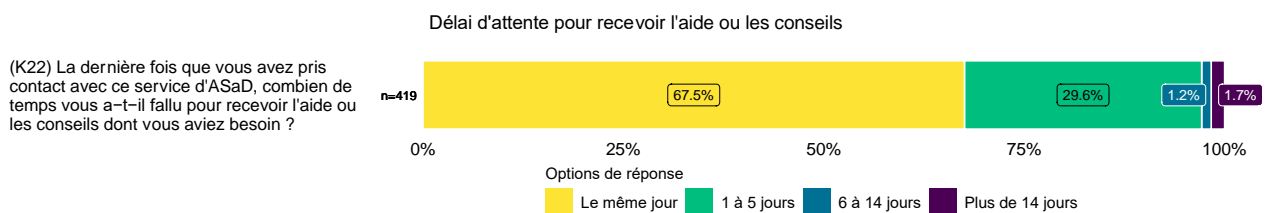


Figure 53 : Délai d'attente pour recevoir l'aide ou les conseils (point de vue des client-e-s)



« Pour les soins intégrés en tant que modèle d'avenir, l'échange électronique de données est essentiel. Il existe dans ce domaine un grand potentiel pour exploiter les possibilités numériques existantes. »

Esther Bättig

Collaboratrice spécialisée Bases et développement
Aide et soins à domicile Suisse

La présente étude est la première à fournir des chiffres et des connaissances sur la communication et l'échange d'informations au sein des organisations d'ASaD, avec les autres prestataires et du point de vue des client·e·s à l'échelle de la Suisse. Pour assurer une prise en charge coordonnée, sûre et de qualité optimale, il est primordial que le flux d'informations soit le plus fiable possible, sans rupture de moyen de communication, et sans redondance. Les chiffres relatifs aux systèmes de communication (Figure 40) confirment heureusement que la communication numérique occupe une place importante dans ce contexte.

Au sein des organisations d'ASaD, le flux d'informations électronique peut être mis en œuvre, sans rupture de moyen de communication. Néanmoins, plus de la moitié des organisations d'ASaD indiquent qu'elles maintiennent une documentation sur papier. Il apparaît que c'est dans la communication avec les autres prestataires que les ruptures de communication et les redondances sont les plus fréquentes. De ce fait, de nombreuses informations peuvent être perdues, ou ne pas être disponibles au moment voulu auprès d'un prestataire donné. L'échange électronique de données est essentiel pour une prise en charge intégrée, considérée comme le modèle d'avenir. Il existe un grand potentiel pour exploiter les possibilités numériques existantes, comme le montrent par exemple les échanges électroniques qui ont lieu entre les généralistes et les hôpitaux.

L'échange d'informations avec les client·e·s et leurs proches constitue aujourd'hui encore un défi. Là aussi, le numérique offre des possibilités qu'il convient d'exploiter pleinement. L'affinité croissante de la clientèle pour le numérique est un atout pour la communication numérique. Les organisations d'ASaD devraient se préparer et saisir cette opportunité. La protection des données, primordiale, suppose des canaux de communication cryptés.

Le personnel d'ASaD estime que la communication et l'échange d'informations à l'interne sont bons, voire très bons, ce qui est très réjouissant. Il devient d'autant plus possible d'investir des ressources pour développer et améliorer les possibilités de communication numérique avec les autres prestataires, les client·e·s et leurs proches. Le contact personnel tant au sein du service d'ASaD qu'avec les autres prestataires, les client·e·s et leurs proches demeure néanmoins essentiel. Les soins sont dans une large mesure de la communication entre deux individus.

9 Collaboration au sein du groupe de prise en charge

Dans le domaine de la santé, la collaboration implique le partage de la responsabilité de la prise de décision, la reconnaissance et l'acceptation des domaines d'activité et de responsabilité communs ou distincts, la résolution des problèmes et la capacité d'appliquer un plan de soins et de traitement tout en œuvrant à un objectif commun [59]. La prise en charge sanitaire des client·e·s peut impliquer des équipes multidisciplinaires composées de divers groupes professionnels tels que des médecins, des expert·e·s en soins infirmiers, des physiothérapeutes, des pharmacien·ne·s, des assistant·e·s sociaux ou encore des diététicien·ne·s. La collaboration entre les différentes professions est essentielle pour garantir une prise en charge intégrée et centrée sur la personne [60]. L'absence de redondances et de retards dans le processus de prise en charge et l'aptitude de chacun·e à accomplir les tâches prévues, sont quelques-uns des signes d'un travail bien coordonné. La collaboration et la coordination au sein du groupe de prise en charge nécessitent un respect et une confiance mutuels, la responsabilité des professionnel·le·s impliqué·e·s et une compréhension partagée de la tâche ou de l'objectif global, ainsi qu'une compréhension commune de la manière dont le travail de chacun·e fait partie intégrante de la prise en charge [61]. Le présent chapitre examine le nombre de professionnel·le·s associé·e·s à un groupe de prise en charge, la manière dont est perçue la coopération au sein du groupe et comment la coordination du travail avec d'autres groupes professionnels est évaluée.

Résultats de SPOT^{nat} sur la collaboration au sein du groupe de prise en charge

9.1 Évaluation de la collaboration au sein du groupe de prise en charge (point de vue du personnel)

Les quatre items suivants portaient sur la clarté des responsabilités incombant à chacun·e, la prévisibilité des étapes de travail et la compréhension commune au sein du groupe de prise en charge. La majorité des collaborateur·rice·s (82,3 %) ont indiqué savoir quel·le·s professionnel·le·s étaient responsables de l'exécution des différentes tâches au sein du groupe de prise en charge. Environ les trois quarts (76,9 %) ont indiqué qu'en général, le groupe de prise en charge connaissait les étapes nécessaires pour gérer les situations complexes lorsqu'elles se présentent. Environ deux tiers (67,5 %) des collaborateur·rice·s ont validé le fait que chaque membre du groupe de prise en charge comprend les étapes nécessaires à l'accomplissement de leur travail. 61,1 % ont indiqué que le groupe de prise en charge avait une vision commune de la manière dont le travail de chacun·e contribue à l'objectif global (voir Figure 54).

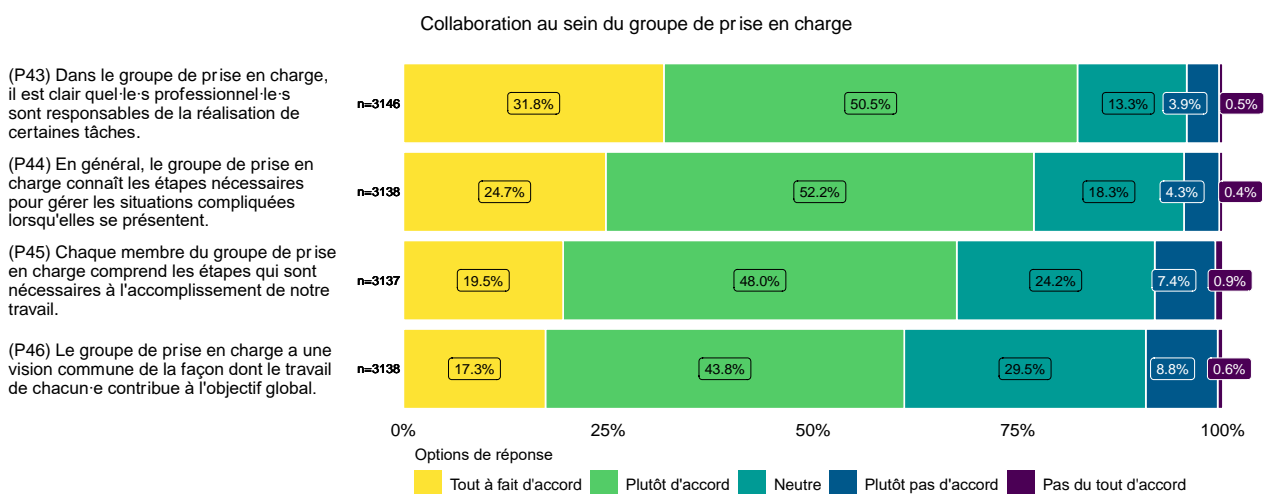


Figure 54 : Collaboration au sein du groupe de prise en charge (point de vue du personnel)

9.2 Coordination des tâches avec les autres groupes de professionnel-le-s (point de vue du personnel)

Les collaborateur-riche-s des services d'ASaD ont été invité-e-s à évaluer la coordination de la prise en charge des client-e-s entre les différents professionnel-le-s de la santé ou prestataires de soins (médecins de famille, hôpitaux, etc.) sur une échelle de Likert allant de 0 (très insatisfait-e) à 20 (très satisfait-e). Leur satisfaction était la plus grande (en médiane) s'agissant de la coordination de la prise en charge des client-e-s avec les pharmacies (Md 16,0) et les services thérapeutiques (Md 15,0), suivis des médecins de famille, des EMS et des services sociaux (Md 13,0 chacun). La plus faible satisfaction, avec une médiane de 11,0, a été observée pour la coordination de la prise en charge avec les compagnies d'assurance maladie et les hôpitaux (voir Figure 55).

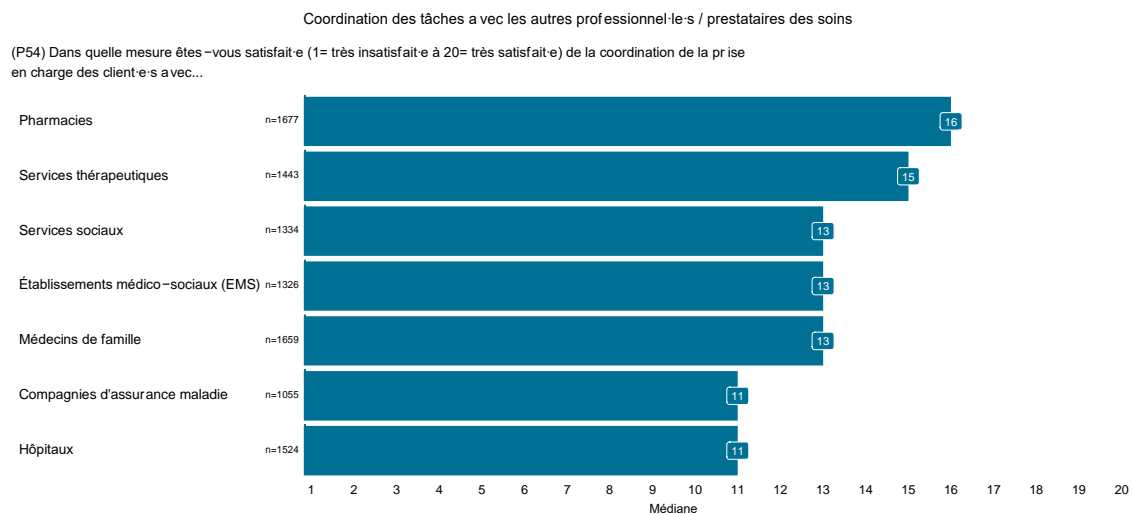


Figure 55 : Satisfaction relative à la coordination des tâches avec les autres catégories de professionnel-le-s (point de vue du personnel)

9.3 Nombre de professionnel-le-s impliqué-e-s (point de vue des client-e-s)

Les client-e-s ont été invité-e-s à indiquer le nombre de professionnel-le-s ayant participé à leurs soins ou leur assistance au cours des deux mois précédents. Les réponses portaient sur quatre catégories de professionnel-le-s : nombre de médecins (Md 1,0, EI 1,0-3,0), nombre de collaborateur-riche-s du service d'ASaD (de ce même service d'ASaD) (Md 5,0, EI 4,0-8,0), nombre de soignant-e-s (à l'exclusion des collaborateur-riche-s de leur service d'ASaD) (Md 1,0, EI 0,0-4,0) et nombre de thérapeutes (Md 1,0, EI 0,0-1,0).

9.4 Nombre de professionnel-le-s impliqué-e-s (point de vue des proches)

Les proches ont indiqué qu'au cours des deux mois précédents, il-elle-s avaient eu affaire, en médiane, à une organisation d'ASaD (EI 1,0-2,0) et à trois collaborateur-riche-s (EI 2,0-5,0) du service d'ASaD qui leur avait envoyé le questionnaire. Il-elle-s ont également été prié-e-s d'indiquer le nombre de professionnel-le-s ayant participé à la prise en charge du/de la client-e d'ASaD au cours des deux mois précédents. La médiane était de 1,0 pour le nombre de médecins impliqués (EI 1,0-2,0), de 1,0 pour le personnel soignant (EI 0,0-2,0, sans les collaborateur-riche-s du service d'ASaD déjà mentionné-e-s précédemment) et de 1,0 également pour les thérapeutes (EI 0,0-1,0).



« Une bonne collaboration est essentielle pour l'aide et les soins à domicile dans les cas complexes impliquant plusieurs groupes professionnels. Dans les soins ambulatoires, il manque encore aujourd'hui un instrument approprié, qui coordonne l'indication, l'objectif et les mesures. »

Dr med. Roland Fischer

Médecin de famille et collaborateur scientifique
Centre universitaire de médecine générale des deux Bâles

À première vue, ces résultats sont tout à fait positifs. Quatre cinquièmes des collaborateur·rice·s des soins ambulatoires estiment que les responsabilités des différents groupes professionnels sont clairement délimitées — même si seuls deux tiers d'entre eux/elles pensent que leur point de vue est partagé par les autres groupes professionnels. La coordination avec les autres groupes de professionnel·le·s est également jugée majoritairement positive (médiane toujours >10/20).

Lorsqu'on y regarde de plus près, certaines questions restent toutefois sans réponse : dans plus de la moitié des cas, la composition du groupe de prise en charge semblait relativement simple. Un·e infirmier·ère· travaillait avec un·e médecin et un·e thérapeute. Une bonne collaboration serait toutefois particulièrement importante dans les cas plus complexes — même s'ils sont minoritaires —, à savoir lorsque la prise en charge est assurée par plusieurs médecins de spécialités différentes, plusieurs personnes prodiguant les soins ou l'assistance, travaillant éventuellement pour des organisations d'ASaD différentes, et plusieurs thérapeutes (p. ex. physiothérapeutes et ergothérapeutes). Il faudrait examiner plus précisément si la collaboration est alors aussi bien coordonnée dans ces cas.

Il est également intéressant de constater que la coordination avec les médecins de famille, qui sont sans aucun doute l'un des partenaires les plus importants des organisations d'ASaD, est jugée moins bonne que la coordination avec les pharmaciens·ne·s et les thérapeutes. La présente étude ne peut évidemment pas apporter d'explication à ce constat. On pourrait avancer que cela tient au mode de collaboration avec les pharmacies et les thérapeutes, qui repose sur des instruments structurés et écrits : grâce aux ordonnances et aux plans de médication, chaque personne sait quand le ou la client·e doit prendre quels médicaments, sous quelle forme et à quelle dose. L'indication, l'objectif de la physiothérapie et les mesures préconisées sont consignés sur l'ordonnance correspondante. Dans le domaine des soins ambulatoires, il manque un instrument adéquat, par exemple un formulaire d'ordonnance structuré, qui permette de coordonner l'indication, l'objectif et les mesures. L'évaluation des besoins permet uniquement de fixer un cadre temporel et d'obtenir l'aval du ou de la médecin. C'est pourquoi la communication, si elle a lieu, se fait généralement de manière non structurée. Il n'y a certes pas de garantie qu'un instrument de ce type serait propre à améliorer la collaboration. En tout état de cause, il devrait être conçu dans un esprit d'interprofessionnalité et reposer sur la réciprocité.

Le fait que la coordination avec les hôpitaux et les EMS soit également moins satisfaisante peut sans doute s'expliquer par la tendance observée ces dernières années, à savoir des sorties d'hôpital toujours plus précoces et des entrées en EMS toujours plus tardives. Quoi qu'il en soit, il serait dommage de ne pas profiter des résultats de cette étude pour améliorer la collaboration dans ces domaines.

10 Familiarité avec le système de santé (point de vue du personnel)

Pour garantir des soins coordonnés et centrés sur la personne, il est indispensable de connaître ses client-e-s, leurs proches, ainsi que le système de santé suisse dans son ensemble et au niveau local. Ces connaissances sont en effet décisives pour identifier les soins et l'assistance les mieux adaptés et faire le lien entre les client-e-s et les soins et prestations nécessaires [62]. Le personnel d'ASaD peut soutenir ses client-e-s en partageant ses connaissances, en représentant leurs intérêts (*advocacy*), en les responsabilisant et en les encourageant à s'impliquer activement dans leurs soins (*self management*). Bien connaître le système de santé permet de mieux s'y retrouver. Une enquête réalisée en Suisse a montré que les client-e-s en difficulté financière avec peu de proches aidant-e-s (soutien social lacunaire) disposaient en moyenne de compétences en santé plus restreintes [63]. Pour pouvoir coordonner la prise en charge de ses client-e-s et l'aider à obtenir les soins/la prise en charge répondant à ses besoins, le personnel d'ASaD doit lui-même en avoir une bonne connaissance (notamment de l'offre et des conditions à remplir pour y avoir droit).

Résultats de SPOT^{nat} sur la familiarité avec le système de santé

Par le biais de six items, il était demandé au personnel d'ASaD dans quelle mesure il connaissait les prestations de prise en charge (trois premiers items) et le cadre légal (trois derniers items) dans sa zone d'activité. 65,1 % du personnel interrogé a indiqué connaître « bien », voire « très bien », les offres socio-sanitaires existantes ainsi que les conditions que les client-e-s doivent remplir pour pouvoir en bénéficier (57,6 %). Il en va autrement des dispositions légales relatives au financement des prestations de santé : près de deux tiers du personnel (61,3 %) ont ainsi répondu ne connaître ce cadre légal que moyennement, « un peu », voire « pas du tout ». Quant aux droits et aux devoirs des client-e-s concernant les services de santé, près de la moitié des personnes interrogées (49,0 %) disaient « bien », voire « très bien » les connaître (voir Figure 56).

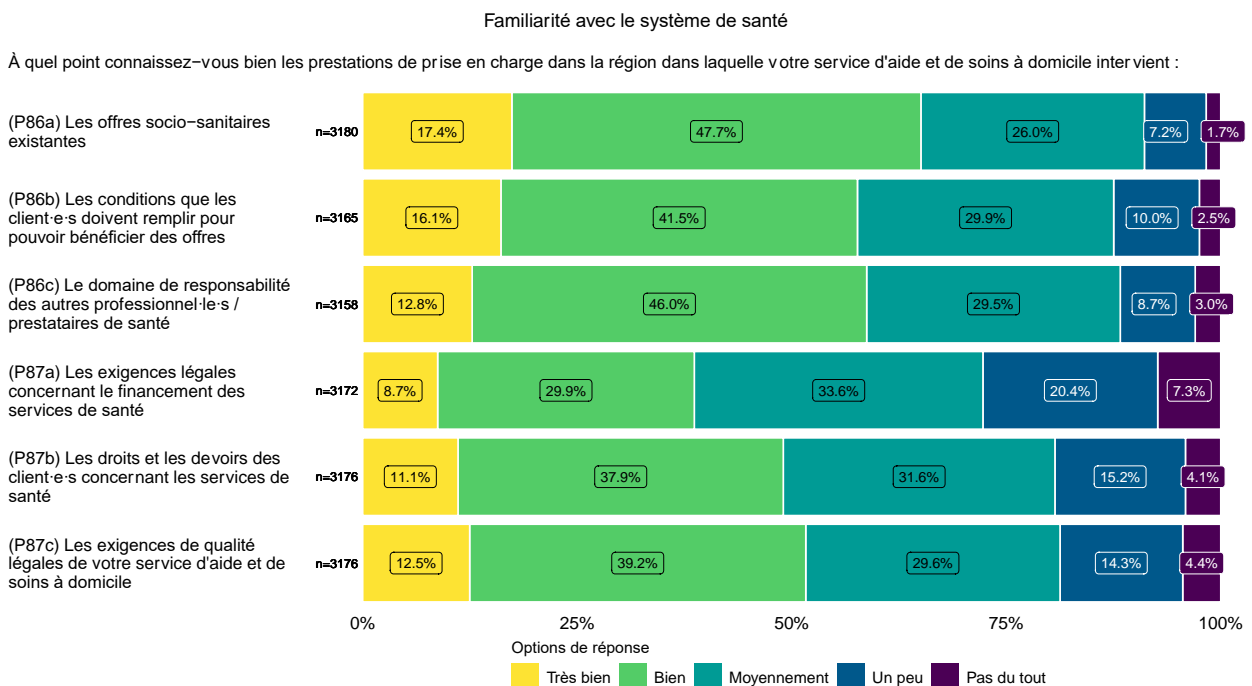


Figure 56 : Familiarité avec le système de santé (point de vue du personnel)



« Les connaissances sur le cadre légal et le financement du système de santé doivent être davantage intégrées dans le plan d'études cadre, en particulier celui des HES/ES dans le domaine de la santé. »

Valérie Vouillamoz

Secrétaire générale

Groupement valaisan des CMS

Martine Tristan

Directrice générale

CMS de Martigny & Régions

Marie-Jeanne Muller

Collaboratrice scientifique

Groupement valaisan des CMS

Quel que soit l'angle de lecture, les résultats — tous items confondus — sont plutôt moyens et révélateurs d'un manque de connaissance des professionnel-le-s dans ces domaines. Une courbe inverse — avec une moins bonne connaissance des offres socio-sanitaires existantes que du cadre légal et du financement — nous aurait toutefois paru plus compréhensible.

Les offres socio-sanitaires se diversifient et les fournisseurs de prestations se multiplient rapidement, si bien qu'il est parfois difficile de garder une vue d'ensemble des acteurs régionaux et locaux qui soit à jour. Les institutions doivent mener une veille active, actualiser régulièrement la cartographie des offres existantes sur leur territoire et du degré de collaboration espéré et/ou attendu et s'assurer de la diffusion de ces informations dans les équipes.

Le cadre légal et les règles de financement des soins évoluent moins rapidement que le nombre de prestataires, si bien que la proportion du personnel qui indique mal les connaître paraît surprenante. La fausse croyance que le financement est l'affaire des cadres et le manque de prise de conscience du lien entre financement et valeur marchande de sa profession/de ses prestations de santé en sont des causes possibles. Dans notre canton, cette méconnaissance a déjà fait l'objet d'un échange entre organisations et institutions de formation, avec la demande de donner davantage d'importance aux connaissances sur le cadre légal et sur le financement du système de santé dans le plan d'études cadre, particulièrement dans celui des formations du domaine santé des Hautes Écoles Spécialisées ou des Écoles Supérieures (HES/ES).

Tant pour la connaissance du réseau que pour les exigences de qualité, les règles de financement ou les bases légales, la formation et l'information régulière des collaborateur-ric-e-s jouent un rôle clé. Offrir des espaces de réflexion entre professionnel-le-s pour discuter du rôle, des responsabilités et de la possibilité d'influence de chacun-e dans ces domaines permettrait également de réduire les écarts de connaissance constatés.

11 Coordination

La prise en charge de client-e-s à leur domicile devient de plus en plus complexe et dans ce contexte, la coordination gagne en importance. La coordination est à comprendre comme l'organisation consciente des activités entre les personnes impliquées dans les soins et la prise en charge (y compris le ou la client-e) dans le but de faciliter la mise à disposition appropriée de prestations de santé [64]. Le manque de coordination conduit ainsi à une prise en charge fragmentée, incohérente et mal planifiée [65], laquelle constitue non seulement une menace pour la santé et le bien-être des client-e-s, mais implique aussi des coûts supplémentaires [66-68]. Des études montrent par exemple qu'une coordination accrue permet de réduire le nombre d'hospitalisations et la charge de travail des services d'urgence [67]. La coordination peut être considérée sous différentes perspectives : du point de vue du système, du point de vue du personnel soignant et du point de vue des client-e-s et des proches [69]. Les perspectives du personnel d'ASaD et des client-e-s sont présentées dans les chapitres suivants.

Résultats de SPOT^{nat} sur la coordination

11.1 Évaluation de la coopération et de la coordination du service d'ASaD (point de vue client-e-s)

La perception des client-e-s quant à la coopération et à la coordination de son service d'ASaD au cours de deux derniers mois a été recensée par le biais de quatre items. Une majorité de client-e-s ont reporté être « souvent », voire « toujours », d'accord avec la personne du service d'ASaD sur leurs besoins en prestations de soins et d'assistance (93,9 %) et ont dit avoir « souvent », voire « toujours », été impliqué-e-s dans les décisions de soins et d'assistance (77,1 %). 35,9 % des client-e-s estiment que la fréquence de partage des informations entre la personne du service d'ASaD et leurs autres prestataires de soins (le médecin généraliste, p. ex.) était basse (« rarement », voire « jamais »). De même, 29,7 % des client-e-s ont indiqué que les soins et l'assistance prévus pour la suite n'étaient que « rarement », voire « jamais », abordés par la personne du service d'ASaD (voir Figure 57).

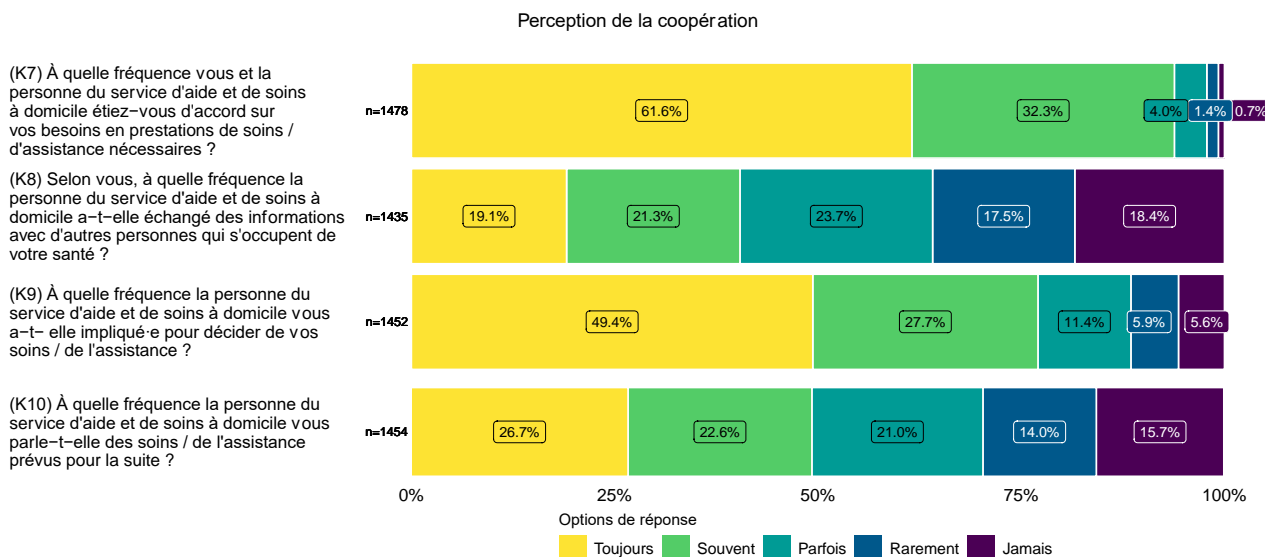
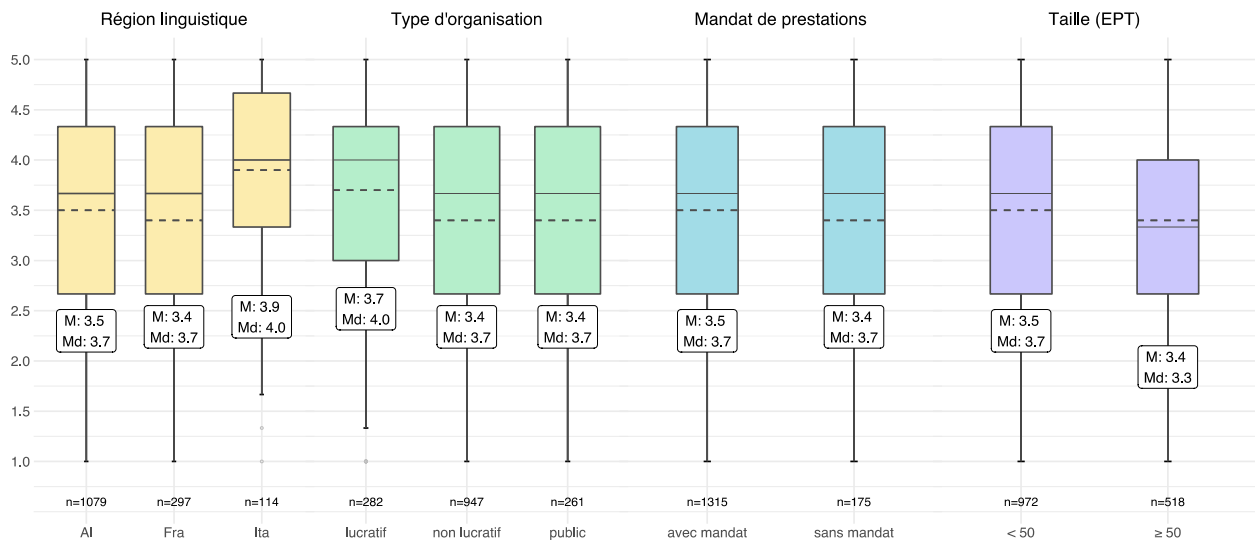


Figure 57 : Perception de la coopération du personnel d'ASaD (point de vue des client-e-s)

Les trois items précités (Figure 57 — K8-K10) permettent d'établir l'échelle *Nominated provider* de l'instrument *Client Perceptions of Coordination Questionnaire* (CPCQ) [70] ; (l'échelle d'origine comprenant les quatre items n'a pas pu être confirmée par le biais de l'analyse psychométrique des données SPOT^{nat}). L'échelle mesure la coordination des soins du point de vue des client-e-s. La valeur de l'échelle correspond à la valeur moyenne des trois items (allant de la réponse 1 — « jamais » à 5 — « toujours »), sachant qu'une valeur élevée indique une appréciation positive de la coopération et de la coordination. Des informations complémentaires sont disponibles dans l'appendice sous Échelles — Perception de la coopération et de la coordination des soins à domicile.

Si l'on regarde l'évaluation par les client-e-s dans les quatre groupes de la Figure 58, médiane et moyenne sont toutes deux généralement inférieures à 4 — la fréquence est donc inférieure à « souvent ». Si l'on compare les résultats des groupes, on constate en particulier une valeur nettement plus élevée dans la région italophone avec une moyenne de 3,9 par rapport aux parties alémanique et francophone du pays avec respectivement 3,5 et 3,4. Des différences sont également visibles entre les organisations privées à but lucratif (M 3,7) et les organisations privées à but non lucratif et les organisations de droit public (toutes deux M 3,4).



Instrument : Client Perceptions of Coordination Questionnaire (CPCQ), Échelle Nominated provider [70]

Légende : M = moyenne, Md = médiane, EPT = équivalent plein temps.

AI = région alémanique, Fra = région francophone, Ita = région italophone.

Lucratif = organisations privées à but lucratif, non lucratif = organisations privées à but non lucratif, public = organisations publiques.

<50 = moins de 50 EPT, ≥50 = 50 ou plus d'EPT.

Pour plus d'informations concernant la figure, voir [Informations concernant la présentation des résultats](#).

Figure 58 : Échelle CPCQ — Perception de la coopération du personnel d'ASaD (comparaison de groupes) (point de vue des client-e-s)

Pour l'ensemble des client-e-s, sur l'échelle *Nominated provider* (perception de la coopération et de la coordination) [70] la médiane s'est inscrite à 3,7 [EI 2,7-4,3] et la moyenne à 3,5 (ET 1,1).

11.2 Évaluation du rôle de coordination du personnel d'ASaD (point de vue des client-e-s)

Pour les cinq prochains items, les client-e-s étaient invité-e-s à évaluer le rôle de coordination du personnel d'ASaD. Pour toute la période de soins et d'assistance du service d'ASaD, la majorité des client-e-s (84,8 %) ont indiqué que le personnel d'ASaD connaissait « bien » ou « très bien » leurs besoins de santé. De même, 77,1 % considéraient que le personnel connaissait « bien » ou « très bien », les soins donnés par d'autres personnes. Par ailleurs, plus de la moitié des client-e-s (54,5 %) a estimé que le personnel d'ASaD les aidait « bien », voire « très bien », à obtenir les soins dont ils ou elles avaient besoin de la part d'autres professionnel-le-s de santé (voir Figure 59).

Rôle de coordination du service d'ASaD (1/2)

Pour les prochaines questions, veuillez penser à toute la période pendant laquelle vous avez reçu des soins / de l'assistance de ce service d'aide et de soins à domicile.

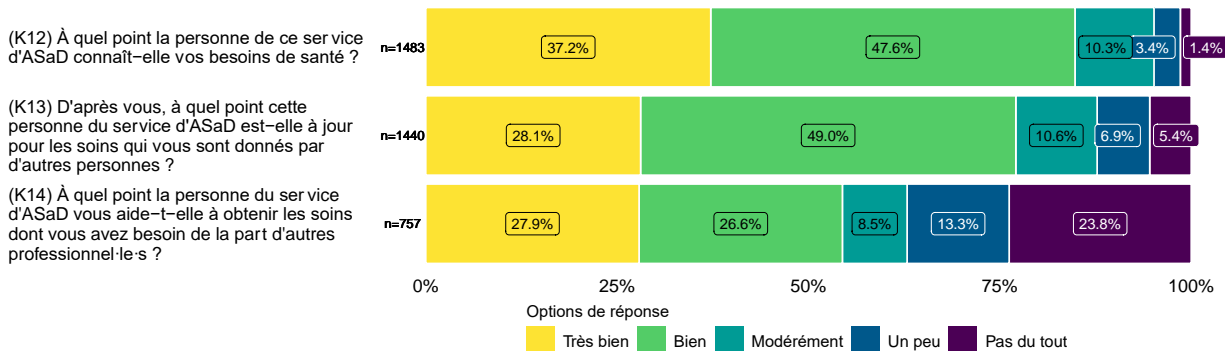


Figure 59 : Rôle de coordination du service d'ASaD (1/2) (point de vue des client-e-s)

À la question qui concernait la fréquence à laquelle la personne du service d'ASaD contactait les autres professionnel-le-s au sujet de leur santé, 28,4 % des client-e-s ont répondu « parfois », 19,5 % « rarement » et 14,6 % « jamais ». Plus de la moitié (55,1 %) des client-e-s interrogé-e-s ont par ailleurs rapporté que la personne du service d'ASaD ne gardait que « rarement », voire « jamais », le contact avec eux s'ils étaient amené-e-s à recevoir des soins à un autre endroit (voir Figure 60).

Rôle de coordination du service d'ASaD (2/2)

Pour les prochaines questions, veuillez penser à toute la période pendant laquelle vous avez reçu des soins/de l'assistance de ce service d'aide et de soins à domicile.

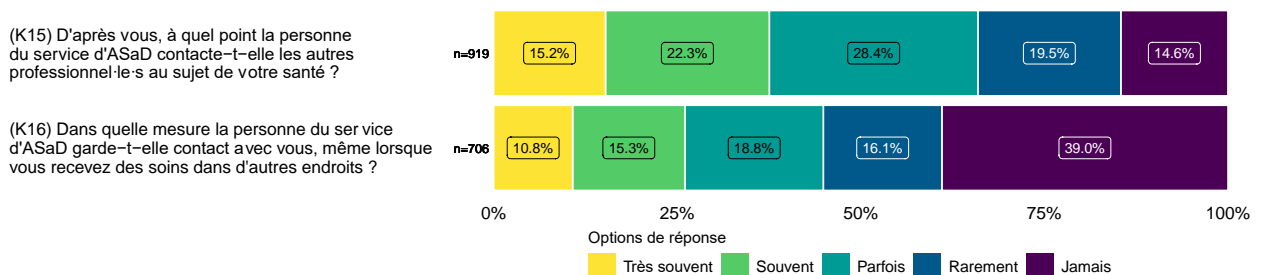
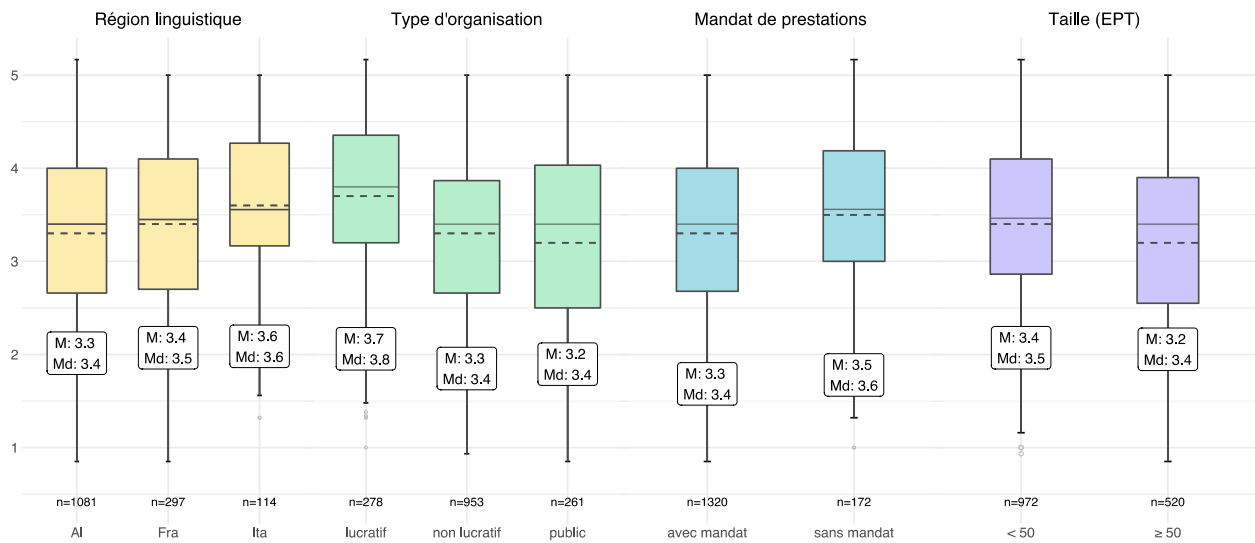


Figure 60 : Rôle de coordination du service d'ASaD (2/2) (point de vue des client-e-s)

Les cinq items précités (Figure 59 et Figure 60) constituent ensemble l'échelle *Coordination Role* de l'instrument *Patient-Perceived Continuity of Care from Multiple Clinicians (CC-MC)* [71]. Cette échelle mesure le rôle de coordination de l'organisation d'ASaD du point de vue des client-e-s. Les cinq items (allant de la réponse 1 — « pas du tout/jamais » à 5 — « très bien/très souvent ») sont classés par ordre croissant en regard de la complexité du rôle de coordination et en regard de l'implication du personnel dans la coordination. Les items pour lesquels la complexité est plus marquée ont reçu plus de poids, ce qui donne une moyenne pondérée (veuillez vous référer à l'appendice Échelles — [Évaluation du rôle de coordination](#) pour plus d'informations sur le calcul de l'échelle). Plus la valeur de l'échelle est élevée, meilleure est l'évaluation du rôle de coordination.

Si l'on examine l'évaluation des client-e-s pour les quatre groupes de la Figure 61, on observe des différences en fonction des régions linguistiques et des types d'organisations. L'évaluation du rôle de coordination est plus haute dans la région italophone (M 3,6) que dans la région francophone (M 3,4) et la région alémanique (M 3,3). Elle est également plus élevée pour les organisations privées à but lucratif (M 3,7) que pour les organisations privées à but non lucratif (M 3,3) et les organisations de droit public (M 3,2).



Instrument : *Patient-Perceived Continuity of Care from Multiple Clinicians (CC-MC)*, Skala *Coordination Role* [71]

Légende : M = moyenne, Md = médiane, EPT = équivalent plein temps.

AI = région alémanique, Fra = région francophone, Ita = région italophone.

Lucratif = organisations privées à but lucratif, non lucratif = organisations privées à but non lucratif, public = organisations publiques.

<50 = moins de 50 EPT, ≥50 = 50 ou plus d'EPT.

Pour plus d'informations concernant la figure, voir [Informations concernant la présentation des résultats](#).

Figure 61 : Échelle CC-MC — Rôle de coordination du service d'ASaD (comparaison de groupes) (point de vue des client·e·s)

Si nous prenons en compte les données de tous les client·e·s, nous obtenons pour l'échelle *Coordination Role* (Évaluation du rôle de coordination) [71] une médiane de 3,4 [EI 2,7-4,0] et une moyenne de 3,4 (ET 0,9).

« La coordination est une activité essentielle de la prise en charge et de la prise en soins domiciliaires et mériterait d'être plus largement reconnue. »

Catherine Busnel

Responsable de l'unité recherche et développement

Institution genevoise de maintien à domicile

Sandrine Gelez

Directrice du centre de maintien à domicile

Institution genevoise de maintien à domicile

Les premiers éléments à relever concernant la perception des client·e·s sur la coopération et la coordination avec les professionnel·le·s sont, dans l'ensemble, connus. S'il existe une évaluation fortement positive sur les besoins de prestations de la prise en soins, une évaluation moins satisfaisante est notable concernant la fréquence du partage des informations et la prise en considération de la perspective de la prise en soins, qui sont perçus comme peu ou pas abordés. Ces résultats semblent indiquer que les client·e·s distinguent leurs besoins de prestation et d'assistance des besoins de communication et de coordination. L'évaluation concernant le rôle de coopération, de coordination et de communication laisse entendre qu'il n'est pas encore optimal, et qu'il ne paraît pas encore ancré dans la pratique courante pour assurer une continuité de la prise en soins au long cours. Le domicile ne semble pas être le lieu où la communication soit la plus visible entre professionnel·le·s et client·e·s. De plus, le



lien de communication est très souvent interrompu lorsque le/la client·e reçoit des soins en dehors du domicile.

Les résultats de cette étude évoquent les enjeux primordiaux à relever pour assurer la qualité des prises en soins, se référant aux quatre piliers des soins primaires que sont les 4 C : contact, intégralité (*comprehensiveness*), coordination et continuité [72]. Selon nous, les résultats de cette étude pourraient avoir des impacts sur :

- l'anticipation des prises en soins futures (par exemple l'importance d'établir un plan de soins anticipé ou des directives anticipées) et leur suivi. Ceci notamment dans le cas des situations complexes ou à risques de complexité, et pour lesquelles des mesures coordonnées sont à mettre en place ;
- les convergences et divergences de point de vue de l'ensemble des parties prenantes dans une perspective de qualité des soins et de qualité de la communication ;
- l'accès facilité aux informations de santé et de soins, réellement partagées par toutes les parties prenantes, client·e inclus·e (dossier électronique du patient) ;
- la reconnaissance du rôle de la coordination, à placer au centre des dispositifs de maintien à domicile.

Par ailleurs, les pistes de réflexion autour de ces résultats sont multiples, et ont selon nous trait à :

- l'importance de poursuivre le travail de clarification autour du terme « coordination ». Dépendamment des contextes, la terminologie « coordination » est utilisée pour désigner différentes activités réalisées, notamment par des professionnel·le·s. Se coordonner peut ainsi signifier transmettre des informations, mais aussi convenir d'une planification, ou encore veiller à la complémentarité dans une action interprofessionnelle d'élaboration ou de suivi d'objectifs communs ;
- l'importance et la place du/de la client·e dans la totalité du processus de prise en soins, et la nécessité de considérer la dyade client·e/proche aidant·e comme de véritables partenaires de soins (modèle de Montréal [73]) ;
- la pertinence de proposer de la formation continue et simulée (centre interprofessionnel de simulation avec client·e partenaire) ;
- la place essentielle de l'évaluation globale et multidimensionnelle de la prise en soins permettant de rendre visibles les éléments de convergences (ressources au sens large, vision partagée) et de divergences (problématiques, risques ou zone d'ombre), afin de s'accorder sur la continuité des prises en soins (notamment sur la mise en place d'objectifs communs, la connaissance des priorités de chacun·e, le partage des perspectives) ;
- la place du/de la *case manager* pour assurer une continuité pré, per et post aide et soins domiciliaires, notamment dans les cas les plus complexes ;
- l'accès facilité et la visibilité des informations de communications, de collaboration et de coordination dans les dossiers de soins et à venir dans les dossiers de soins partagés (dossier électronique du patient) ;
- le changement de culture tant au niveau macro, méso, micro concernant :
 - o la place de la coordination comme un véritable acte de prise en soins ; au niveau des financements et des décisions de politique de santé (macro), au niveau des processus, des modalités de mise en œuvre et du suivi (méso) et au niveau de la réalisation et de l'impact dans la prise en soins, en termes de rupture des soins ou d'hospitalisation (micro) ;
 - o les supports de communication tels que les appels directs depuis le domicile des client·e·s (*e-health*, *telehealth*, télé-coordination) ;
- les recommandations opérationnelles telles que le suivi de la qualité des dossiers, des informations, des données essentielles (par exemple en instaurant un tableau de bord de suivi clinico-managérial sur les plans de soins anticipés/directives anticipées, les coordinations, etc.).

11.3 Coordination au sein du groupe de prise en charge (point de vue du personnel)

Les cinq items suivants, dédiés à la coordination, ont permis de sonder la transmission des informations en temps utile (et la coordination des activités entre les différent·e·s professionnel·le·s). Seul y a répondu le personnel d'ASaD ayant indiqué que l'échange avec d'autres professionnel·le·s (médecins, assistant·e·s sociaux/sociales, personnel hospitalier, personnel de pharmacie, p. ex.) faisait partie de son domaine d'activité.

La plupart des participant·e·s (93,2 %) ont répondu qu'il·elle·s recevaient « souvent », voire « très souvent » les informations pertinentes en temps utile de la part de leurs collègues d'ASaD, alors que c'était nettement moins souvent le cas (67,7 %) de la part des autres professionnel·le·s. Sans compter qu'une grande partie, à savoir 78,3 % du personnel d'ASaD interrogé, a rapporté recevoir « parfois », « souvent », voire « très souvent » des informations pertinentes par les client·e·s ou les proches alors qu'elles auraient dû leur être transmises par un·e professionnel·le. Cela étant, une majorité des personnes interrogées ont considéré que la coordination était « parfois », « souvent », voire « très souvent » bonne (95,5 %) et qu'il y avait « rarement », voire « jamais/presque jamais » de chevauchements (51,6 %) (voir Figure 62).

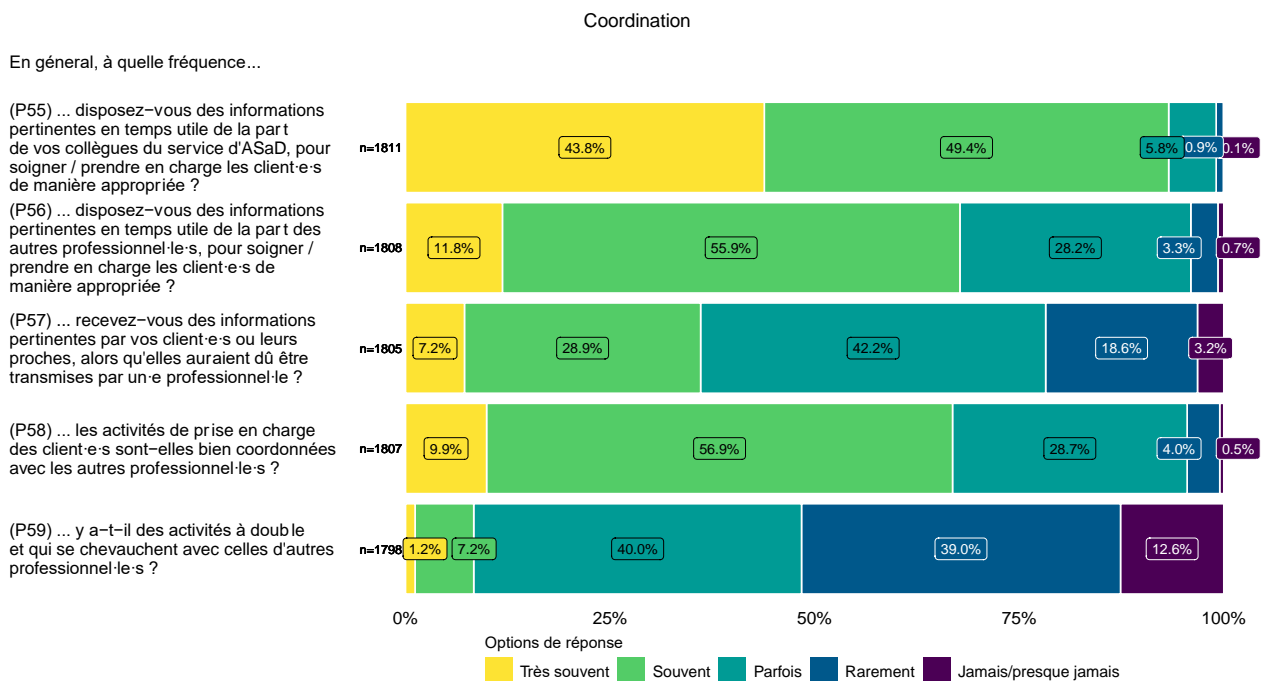


Figure 62 : Coordination (point de vue du personnel)

11.4 Manque de coordination (point de vue du personnel)

Ces sept items du questionnaire adressé au personnel visent à connaître la fréquence de certaines situations pointant un manque de coordination. Ici aussi, seul a répondu le personnel d'ASaD ayant indiqué que l'échange avec d'autres professionnel·le·s (médecins, assistant·e·s sociaux/sociales, personnel hospitalier, personnel de pharmacie, p. ex.) faisait partie de son domaine d'activité.

Globalement, les résultats montrent qu'environ la moitié des personnes interrogées ont rapporté que des manques de coordination se produisaient « parfois », voire « souvent » dans les situations soumises (voir Figure 63). Deux d'entre elles se distinguent : un·e participant·e sur cinq (20,7 %) a ainsi indiqué n'être « souvent », voire « très souvent » pas suffisamment informé·e·s de l'état d'un·e client·e et un quart (25,4 %) a même rapporté manquer « souvent », voire « très souvent » de temps pour discuter des situations critiques des client·e·s avec d'autres prestataires.

Manque de coordination

À quelle fréquence arrive-t-il que ...

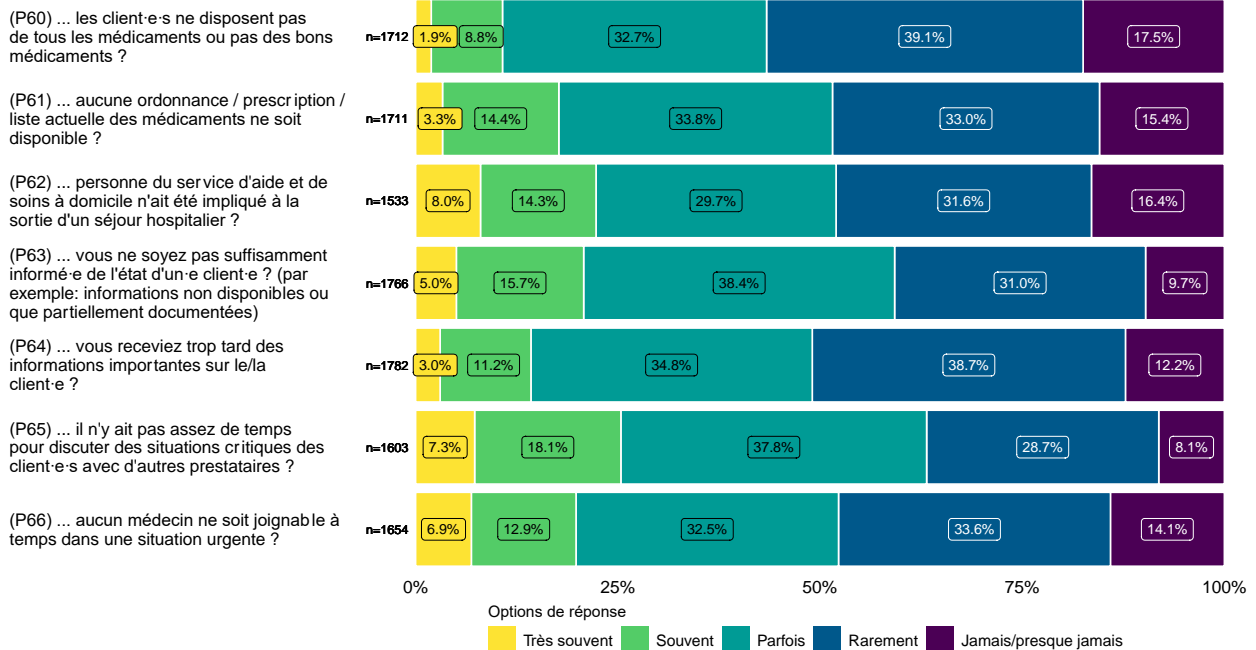
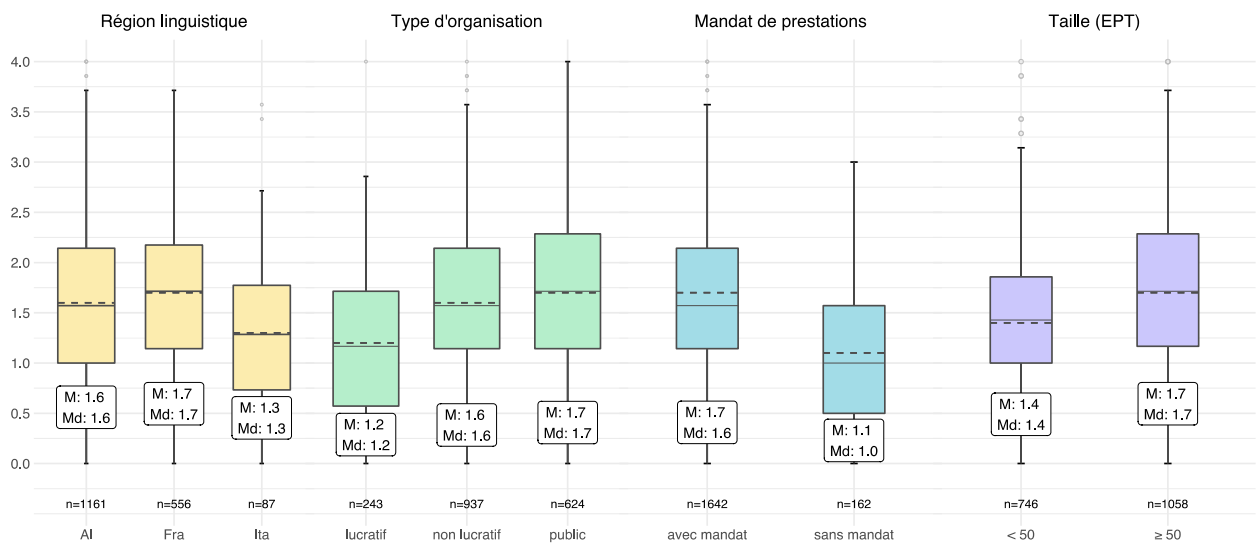


Figure 63 : Manque de coordination (point de vue du personnel)

Les items ci-dessus (Figure 63) permettent d'établir l'échelle « Manque de coordination » (conçue par l'équipe de recherche SPOT^{nat}). Le score de l'échelle correspond à la moyenne des sept items (allant de la réponse 0 — « jamais/presque jamais » à 4 — « très souvent »), sachant qu'un score élevé indique un manque de coordination fréquent. De plus amples informations au sujet de l'échelle sont disponibles dans l'appendice (Échelles — [Manque de coordination](#)).

En comparant les résultats des différents groupes, on observe notamment que les valeurs des organisations d'ASaD à but lucratif (M 1,2) et/ou sans mandat de prestations (M 1,1) et/ou celles comptant moins de 50 EPT (M 1,4) sont plus basses, c'est-à-dire font plus rarement état de situations témoignant d'un manque de coordination. La région italophone a également obtenu des valeurs plus faibles (M 1,3), qui reflètent donc moins de problèmes de coordination que les régions alémanique (M 1,6) et francophone (M 1,7) (voir Figure 64).



Instrument : Manque de coordination (conçue par l'équipe de recherche SPOT^{nat}).

Légende : M = moyenne, Md = médiane, EPT = équivalent plein temps.

AI = région alémanique, Fra = région francophone, Ita = région italophone.

Lucratif = organisations privées à but lucratif, non lucratif = organisations privées à but non lucratif, public = organisations publiques.

<50 = moins de 50 EPT. ≥50 = 50 ou plus d'EPT.

Pour plus d'informations concernant la figure, voir [Informations concernant la présentation des résultats](#).

Figure 64 : Échelle Manque de coordination (comparaison de groupes) (point de vue du personnel)

Sur la base de toutes les données fournies par le personnel des organisations d'ASaD, la médiane s'est inscrite à 1,6 [EI 1.0-2.1] sur l'échelle du manque de coordination (développée par l'équipe de recherche SPOT^{nat}) et la moyenne à 1,6 (ET 0,8).

11.5 Vécu de la coordination des prestations de santé (point de vue des client·e·s)

Trois items ont permis de recenser comment les client·e·s vivaient la collaboration avec les professionnel·le·s de la santé en général. Plus de deux tiers des client·e·s ont ainsi indiqué qu'il n'y a « jamais » eu de moment où il leur avait été dit des choses contradictoires, où certain·e·s professionnel·le·s de la santé semblaient ne pas bien travailler ensemble et où certain·e·s d'entre eux/elles semblaient ne pas savoir qui devait faire quoi. Seul 1 % des client·e·s interrogé·e·s était de l'avis contraire et a rapporté que cela arrivait « très souvent » (voir Figure 65).

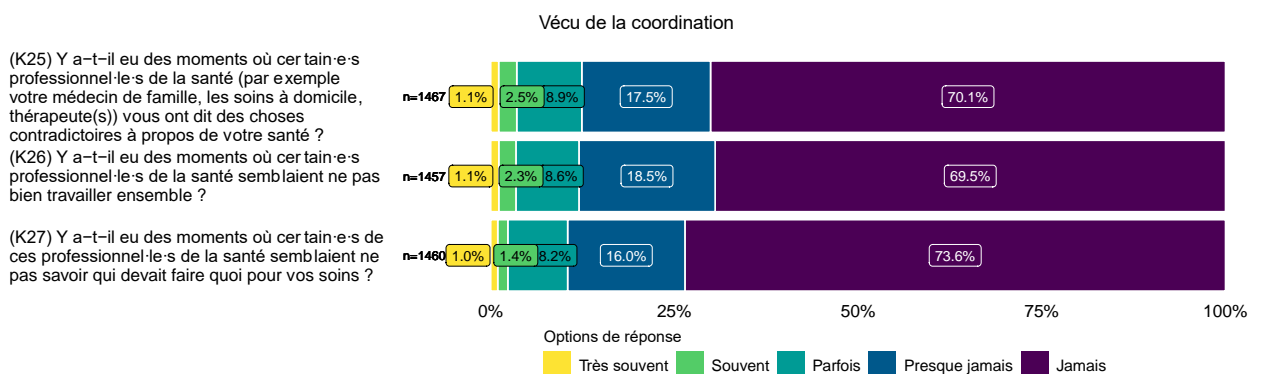


Figure 65 : Vécu de la coordination (point de vue des client·e·s)

Les trois items ci-dessus (Figure 65) constituent ensemble l'échelle *Role Clarity & Coordination between Clinics* de l'instrument CC-MC [71]. Les quatre réponses possibles ont été dichotomisées en 0 (« jamais », « rarement ») et 1 (« très souvent », « souvent », « parfois »). Les réponses ainsi recodées en 0 et 1 pour les trois items ont été additionnées (la somme peut donc aller de 0 à 3). Plus la valeur de l'échelle est



élevée, plus la coordination est perçue comme mauvaise. De plus amples informations à ce sujet sont disponibles dans l'appendice (Échelles — [Vécu de la coordination des prestations de santé](#)).

Le score global de l'échelle montre que 21,5 % des client·e·s ayant participé à l'étude SPOT^{nat} ont répondu à au moins un des items par « parfois », « souvent » ou « très souvent ». Seuls 3,6 % d'entre eux/elles l'ont fait pour les trois items (somme égale à 3). Les résultats sont si bas (M 0,3 (ET 0,7)) qu'il n'est pas possible d'en faire une représentation graphique pertinente.

S'agissant de la comparaison de groupes, aucune différence significative n'est à constater.

« Les équipes thérapeutiques devraient pouvoir définir ensemble les règles qui s'appliquent au sein de l'équipe. Pour que ce travail de coordination nécessaire soit possible, il faut toutefois que les aspects temporels et financiers soient acceptables pour tous les partenaires de la coordination. »

Dr med. Marc Jungi

Médecine interne générale FMH

Membre du comité de Médecins de famille et de l'enfance Suisse (mfe)

Expert de la Plateforme Interprofessionnalité

Dans le contexte actuel de vieillissement démographique, de pénurie de professionnel·le·s qualifié·e·s dans différents domaines de la santé et de complexité croissante des besoins en matière de soins, l'accompagnement interprofessionnel de nos patient·e·s ne cesse de gagner en importance, y compris au sein d'équipes assurant les soins de base. Pour que celles-ci puissent assurer une prise en charge de qualité, il faut que la répartition des responsabilités soit claire, la communication efficace, et que les prestations de soins à fournir soient coordonnées de manière précise.

Les études montrent clairement que la transmission des informations au sein d'une même organisation d'ASaD se fait nettement plus souvent dans les délais que ce n'est le cas pour les autres catégories professionnelles. Le potentiel d'optimisation est également manifeste pour ce qui est de la coordination des activités de soins et de la prévention des doublons. Or les problèmes de coordination et le manque de temps sont à l'origine de situations potentiellement dangereuses, une réalité que corroborent malheureusement les résultats présentés. Il est d'ailleurs étonnant que l'évaluation globale des patient·e·s quant à la coordination des activités soit bonne, voire très bonne.

Prévenir encore mieux ces situations dangereuses dans le domaine de l'ASaD implique de nettement améliorer la communication des informations importantes et la coordination des soins entre les différents acteurs du traitement, et de faire en sorte qu'elles aient lieu dans les délais. Pour garantir un travail de qualité au sein des équipes interprofessionnelles, il s'agit en outre de mettre en place des canaux de communication sécurisés, éventuellement aussi des plateformes sécurisées de partage d'informations, et, selon le cas, de faire en sorte que les personnes soient atteignables facilement par téléphone. Il serait également utile, notamment pour garantir une collaboration efficace et valorisante, que les équipes thérapeutiques établissent ensemble les règles qui doivent s'appliquer.

Pour réaliser ce nécessaire travail de coordination de manière exhaustive, encore faut-il que l'ensemble des acteur·rice·s impliqué·e·s disposent des ressources temporelles et financières appropriées.

11.6 Évaluation générale de la coordination (point de vue des client·e·s)

Avec les deux questions suivantes, les client·e·s étaient invité·e·s à évaluer la coordination des soins et de l'assistance.

Le premier item visait à déterminer si les professionnel·le·s de la santé étaient au courant des changements. Une grande majorité des personnes interrogées, 89,1 %, a répondu par la négative, ce qui signifie que les professionnel·le·s de la santé étaient toujours au courant des changements de traitement (voir Figure 66).

Le second item visait à obtenir de la clientèle une évaluation générale de la coordination (voir Figure 67). Plus de 88 % des client·e·s interrogées ont ainsi jugé que les soins et l'assistance reçus au cours des deux derniers mois étaient « souvent », voire « toujours », bien coordonnés. La minorité (4,5 %) d'entre elles ont répondu que les soins/l'assistance étaient « rarement », voire « jamais », bien coordonnés.

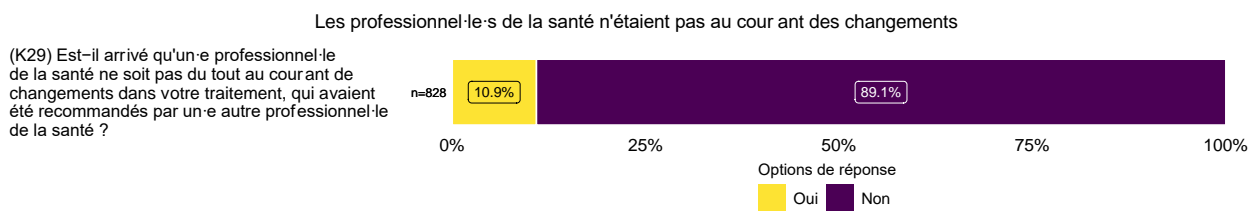


Figure 66 : Les professionnel·le·s de la santé n'étaient pas au courant des changements dans le traitement (point de vue des client·e·s)

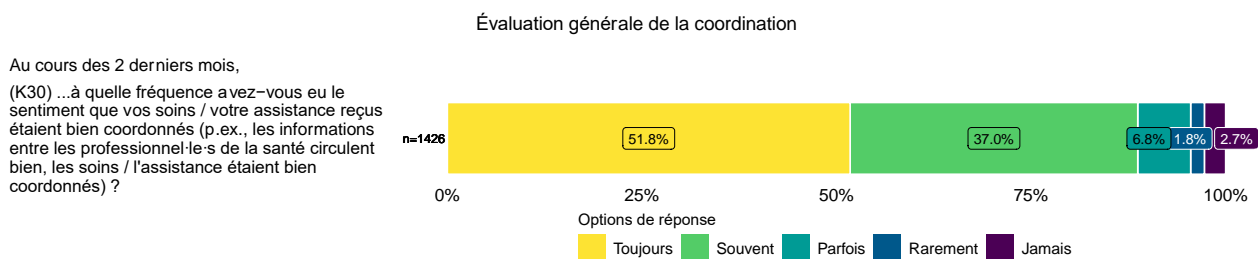


Figure 67 : Évaluation générale de la coordination (point de vue des client·e·s)

11.7 Évaluation générale de la coordination (point de vue des proches)

Le point de vue des proches sur la coordination générale a été recueilli à l'aide de deux items. D'une part, les proches, comme les client·e·s, étaient invité·e·s à donner une évaluation générale de la coordination (voir Figure 68) ; d'autre part, il·elle·s ont évalué, avec une note allant de 0 à 10, à quel point il·elle·s considéraient qu'il était complexe/demandeur d'assurer la coordination avec tou·te·s les professionnel·le·s de la santé concerné·e·s (pas de figure).

Les résultats sont similaires à ceux des client·e·s — plus de 85 % des proches ayant jugé que les soins et l'assistance des deux derniers mois avaient été « souvent », voire « toujours », bien coordonnés. Une minorité (6,2 %) des personnes interrogées était d'avis contraire et a jugé que la coordination était « rarement », voire « jamais », « bonne ».

Les proches ont évalué la charge que représente la coordination à l'aide d'une note allant de 0 à 10, 0 signifiant « pas du tout complexe/demandeur » et 10 « très complexe/demandeur », la médiane était de 4,0 (EI 1,0-7,0).

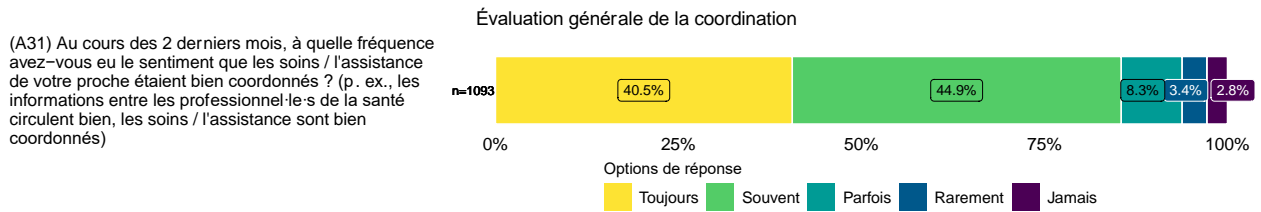


Figure 68 : Évaluation générale de la coordination (point de vue des proches)

11.8 Évaluation générale de la coordination (point de vue du personnel)

Enfin, le personnel d'ASaD était lui aussi invité à évaluer la coordination / l'organisation des soins et de l'assistance de son organisation d'ASaD. Près d'un tiers des collaborateur-ric-e-s les ont jugées « très bonnes », 9,1 % seulement les qualifiant de « plutôt mauvaises » et « très mauvaises » (voir Figure 69).

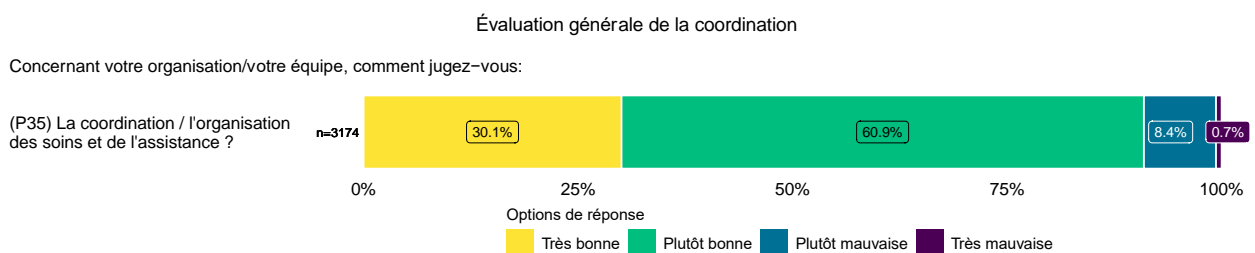


Figure 69 : Évaluation générale de la coordination (point de vue du personnel)

« Dans le contexte de la pénurie de personnel qualifié, notamment de personnel infirmier diplômé et de médecins de famille, il faudrait s'attaquer aux problèmes de coordination et améliorer l'échange d'informations entre les services d'aide et de soins à domicile et les intervenants externes. »

Prisca Stucki-Thür

Infirmière MScN
Indépendante

Les résultats relatifs à l'évaluation de la coordination semblent sans équivoque, ce qui rend leur interprétation d'autant plus complexe.

Selon les client-e-s, les informations dont disposait l'organisation d'ASaD sur les changements de leur thérapie étaient souvent, voire toujours, bien coordonnées (88,8 %). La majorité des proches indiquaient eux aussi que les soins et l'assistance ont toujours ou souvent été bien coordonnés (85,4 %). Il en va de même pour les organisations d'ASaD, qui estimaient que leur coordination interne est très bonne ou plutôt bonne (91 %), autrement dit, seuls 9,1 % d'entre elles l'ont jugée mauvaise ou plutôt mauvaise. Les collaborateur-ric-e-s d'ASaD sont globalement moins critiques de la coordination des soins et de l'assistance que les client-e-s et les proches. Dans l'ensemble, ces résultats sont donc réjouissants pour les spécialistes d'ASaD.

Cette évaluation positive tranche avec le point de vue du personnel d'ASaD qui indique notamment recevoir souvent, voire très souvent, par leur client-e-s des informations pertinentes qui auraient dû leur être transmises par un-e professionnel-le (36,1 %, Figure 62, item P57). Un autre cas de figure rapporté concerne l'absence de liste de médicaments (17,7 %, Figure 63, item P61). Bien que les organisations d'ASaD ne touchent pas de marges sur les médicaments, elles s'occupent de ce volet et parviennent manifestement à combler le manque de coordination. Elles assument un rôle charnière entre le médecin prescripteur et le/la client-e et contribuent ainsi à la sécurité de la clientèle. Le manque d'informations



communiquées par le personnel spécialisé externe cause un surcroît de travail pour évaluer les soins à donner : le personnel d'ASaD doit activement aller demander ces informations aux externes, alors qu'elles devraient leur être fournies automatiquement. Les collaborateur·rice·s d'ASaD doivent par conséquent assumer davantage de tâches de coordination, ce qui implique vraisemblablement des coûts qui auraient pu être évités. Le temps passé à ces tâches est par ailleurs du temps que le personnel soignant ne passe pas à fournir des soins aux client·e·s.

Il est probable que les spécialistes externes ne savent souvent pas quelles informations sont pertinentes pour les services d'ASaD ou n'ont pas conscience des implications lorsque les informations font défaut ou ne sont pas disponibles en temps utile. Une approche interdisciplinaire pour clarifier les responsabilités et les processus afin d'éviter ce type de situations pourrait être judicieuse, notamment parce qu'elles posent un risque pour les client·e·s. Étant donné le manque de personnel qualifié, en particulier de personnel soignant diplômé et de médecins de famille, il serait judicieux de s'attaquer aux problèmes de coordination et d'améliorer le flux d'information entre les services d'ASaD et les prestataires externes.

Les solutions informatiques permettraient d'automatiser avantageusement la transmission en temps opportun des informations pertinentes aux soins thérapeutiques, telles que les listes de médicaments, les listes de diagnostics ou les ordonnances médicales, entre les services d'ASaD et les autres prestataires. Les interlocuteurs, tant au sein des services d'ASaD qu'auprès des autres prestataires, devraient être rapidement joignables afin de garantir le flux d'informations. L'assurance qualité au sein des organisations d'ASaD devrait à l'avenir se concentrer sur la coordination interne et externe et identifier les mesures à mettre en œuvre afin de l'optimiser.

12 Collaboration avec les proches

Les proches assument de nombreuses activités de soins et d'accompagnement qui sont déterminantes pour permettre aux personnes âgées fragilisées de rester à domicile. La coordination entre proches et professionnel·le·s d'ASaD est souvent compliquée par des difficultés de communication et par des tensions interpersonnelles [74, 75]. Ces aspects sont au cœur du concept de coordination relationnelle, selon lequel une communication fréquente et de haute qualité soutenue par une relation comportant des objectifs communs, des connaissances partagées et un respect mutuel permet aux organisations de mieux atteindre leurs objectifs [76]. Le présent chapitre décrit le point de vue des collaborateur·rice·s et des proches sur la collaboration et la coordination.

Résultats de SPOT^{nat} sur la collaboration avec les proches

12.1 Collaboration et coordination avec les proches (point de vue du personnel)

Le personnel d'ASaD a été prié d'estimer la proportion de client·e·s pour lequel·le·s une collaboration existe avec des proches. Plus de la moitié (52,3 %) a indiqué qu'une collaboration avec les proches avait lieu pour 60 à 80 % de leurs client·e·s actuel·le·s (voir Figure 70).

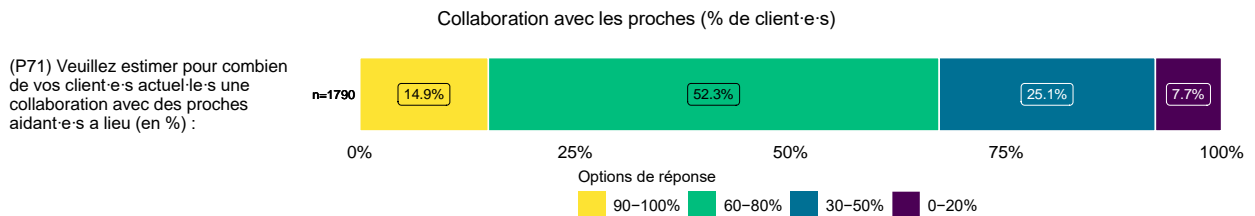


Figure 70 : Collaboration avec les proches (pourcentage de client·e·s) (point de vue du personnel)

Sept items du questionnaire SPOT^{nat} avaient trait aux deux dimensions de la coordination relationnelle : la qualité de la communication et la qualité de la relation du point de vue du personnel. Les quatre premiers items portaient sur la qualité de la communication (fréquence, ponctualité, précision et résolution des problèmes). C'est la résolution de problèmes qui faisait le plus souvent l'objet d'une coordination : 66,8 % des collaborateur·rice·s interrogé·e·s ont indiqué qu'en cas de problème, les proches collaboraient « en permanence » ou « souvent » avec eux ou elles pour trouver une solution. La communication précise était moins fréquente, avec 53,5 % des collaborateur·rice·s ayant répondu que les proches communiquaient en permanence ou souvent de manière précise/correcte avec eux ou elles.

Les trois derniers items étaient dédiés à la qualité de la relation (connaissances partagées, appréciation et objectifs communs) avec les proches aidant·e·s. 80,6 % des collaborateur·rice·s estiment que leur travail est apprécié « en permanence » ou « souvent » par les proches. Près de deux tiers (62,5 %) du personnel interrogé a répondu que les proches aidant·e·s partagent « en permanence » ou « souvent » ses objectifs en matière de soins aux client·e·s (voir Figure 71).

Coordination relationnelle avec les proches aidant-e-s

Évaluez les questions suivantes concernant votre collaboration avec les proches aidant-e-s de vos client-e-s du service d'aide et de soins à domicile.

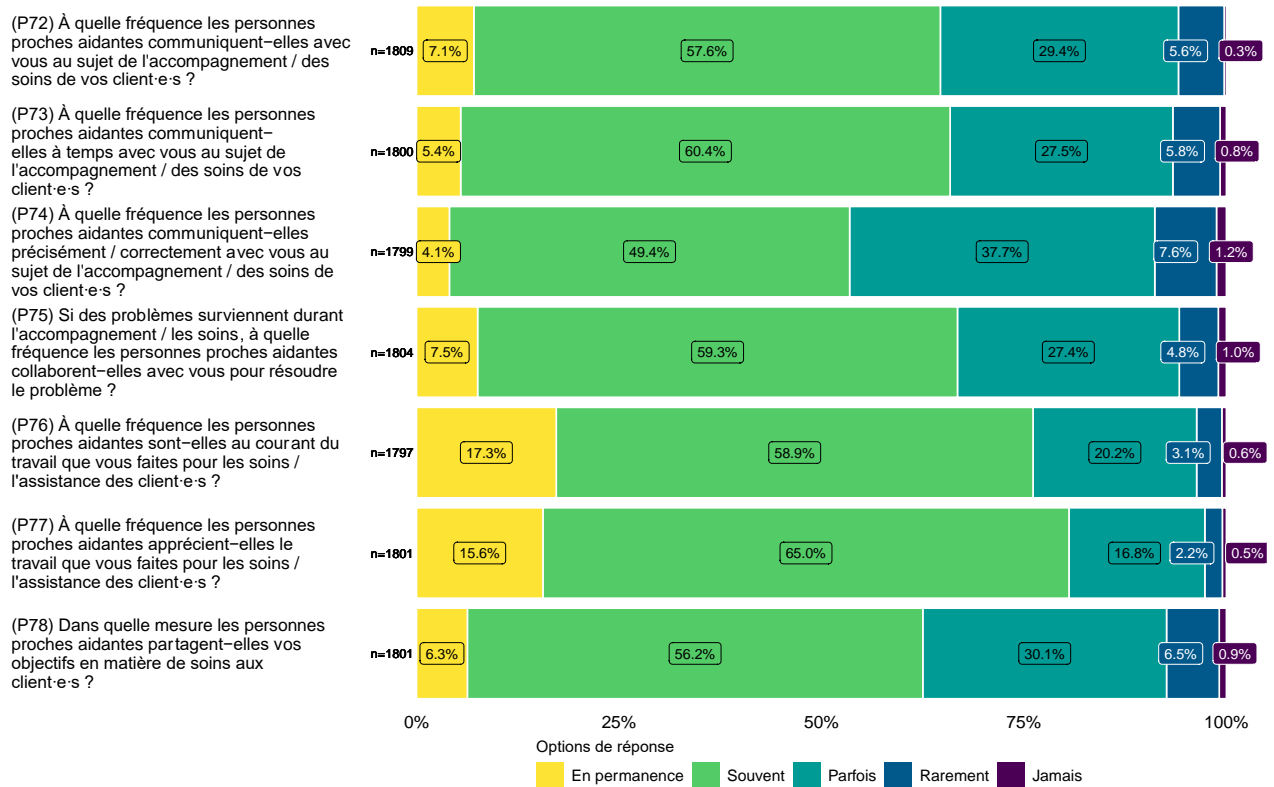
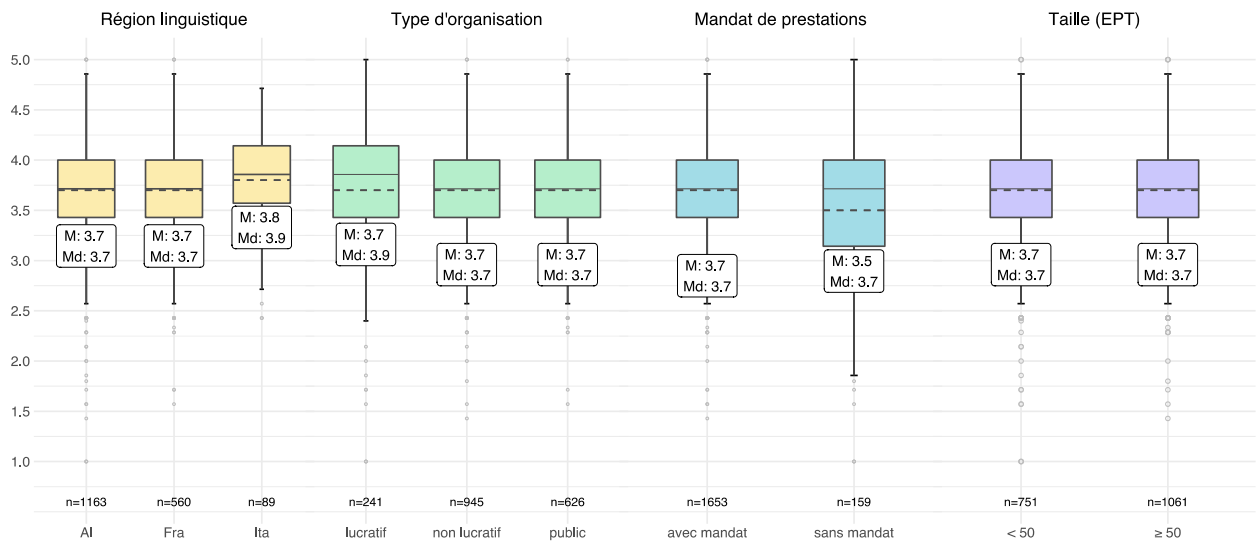


Figure 71 : Coordination relationnelle avec les proches aidant-e-s (point de vue du personnel)

Les sept items ci-dessus (Figure 71) permettent d'établir l'échelle Skala *Relational Coordination Scale* [76]. Cette échelle mesure la coordination relationnelle (*relational coordination*) comme un processus d'interaction se renforçant mutuellement entre la communication et les relations, effectué dans le but d'intégrer les tâches. Le score de l'échelle correspond à la valeur moyenne des sept items (allant de la réponse 1 — « jamais » à 5 — « en permanence »), sachant que plus le score est élevé, plus la coordination relationnelle était jugée bonne. De plus amples informations au sujet de l'échelle sont disponibles dans l'appendice (Échelles — [Coordination relationnelle](#)).

En comparant les résultats des différents groupes, on observe une valeur légèrement plus élevée en Suisse italienne (M 3,8) qu'en Suisse alémanique (M 3,7), et dans les organisations d'ASaD disposant d'un mandat de prestations (M 3,7) par rapport à celles qui n'en ont pas (M 3,5) (voir Figure 72).



Instrument : *Relational Coordination Scale* [76]

Légende : M = moyenne, Md = médiane, EPT = équivalent plein temps.

Al = région alémanique, Fra = région francophone, Ita = région italophone.

Lucratif = organisations privées à but lucratif, non lucratif = organisations privées à but non lucratif, public = organisations publiques.

<50 = moins de 50 EPT, ≥50 = 50 ou plus d'EPT.

Pour plus d'informations concernant la figure, voir [Informations concernant la présentation des résultats](#).

Figure 72 : Échelle de coordination relationnelle avec les proches (comparaison de groupes) (point de vue du personnel)

Sur l'échelle *Relational Coordination Scale* (coordination relationnelle) [76] — du point de vue de tous les collaborateurs d'ASaD — la médiane s'inscrit à 3,7 [EI 3,4-4,0] et la moyenne à 3,7 (ET 0,5).

12.2 Perception de la coordination avec la personne de référence (point de vue des proches)

Plus de deux tiers (71,6 %) des proches interrogé-e-s ont indiqué avoir une personne de contact/référence dans le service d'ASaD concerné, avec qui il-elle-s peuvent discuter de questions ou de préoccupations concernant les soins/l'assistance de leur proche (voir Figure 73).

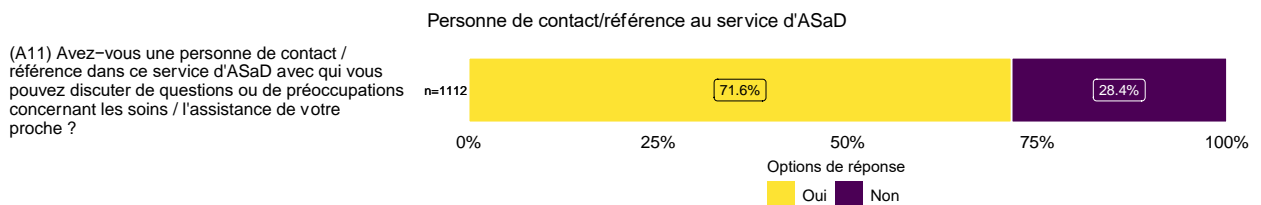


Figure 73 : Personne de référence dans le service d'ASaD (point de vue des proches)

Les proches ayant une personne de contact/référence dans le service d'ASaD concerné ont également été interrogé-e-s sur les deux dimensions de la coordination relationnelle (qualité de la communication et qualité de la relation). Tout comme le personnel, les proches ont attribué la fréquence la plus élevée à la résolution de problèmes (66,2 % de « en permanence » ou « souvent »). Toutefois, selon près de deux tiers des proches (63,4 %), la personne de référence ne communique que « parfois », « rarement », voire « jamais » avec eux ou elles au sujet des soins/de l'assistance de leur proche.

S'agissant de la qualité de la relation, 63,2 % des proches ont affirmé que la personne de référence reconnaît « en permanence » ou « souvent » leur travail. La majorité (70,5 %) des proches ont indiqué que la personne de référence partage « en permanence » ou « souvent » leurs objectifs en matière de soins de leur proche (voir Figure 74).

Coordination avec la personne de référence

Nous voulons savoir comment vous vivez la coordination avec la personne de contact / référence de ce service d'aide et de soins à domicile.

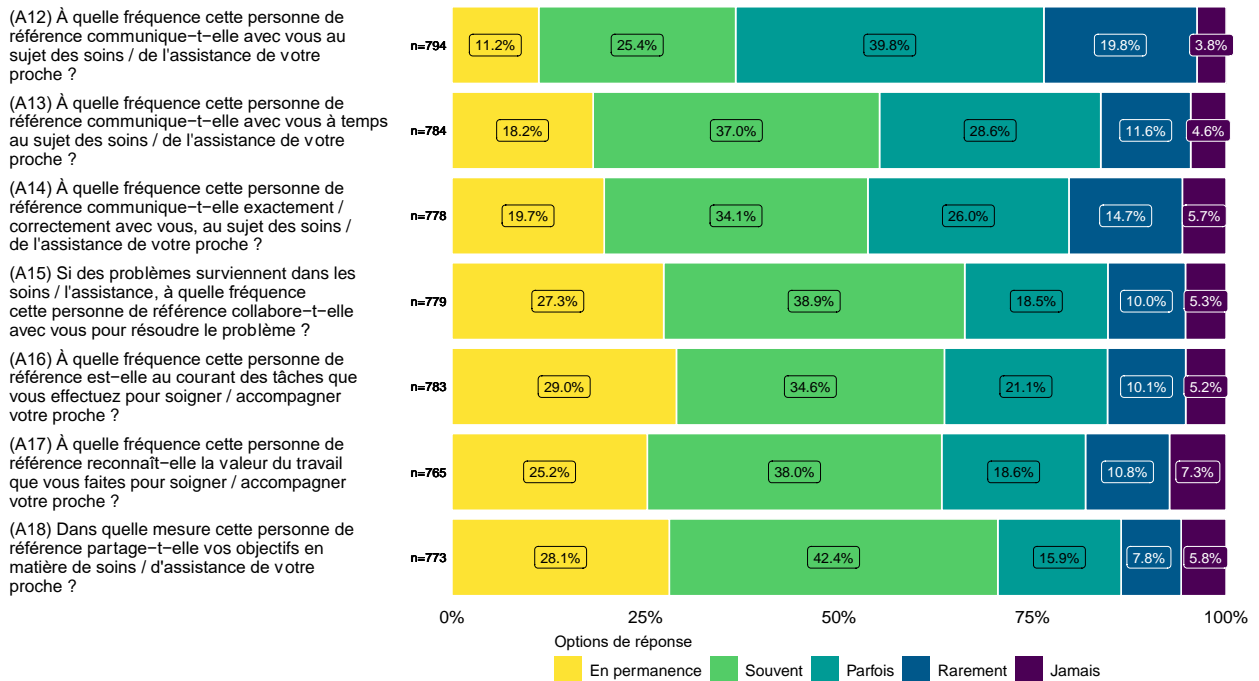
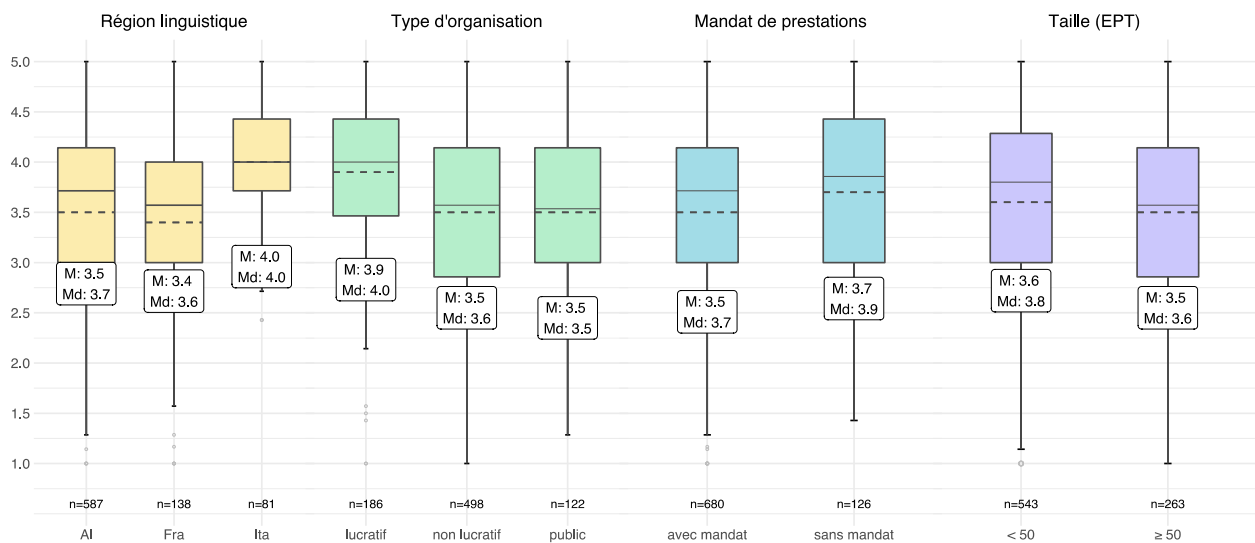


Figure 74 : Coordination relationnelle avec la personne de référence (point de vue des proches)

De manière analogue à ce qui précède (chapitre 12.1) les sept items (Figure 74) constituent ensemble l'échelle *Relational Coordination Scale* [76] ; de plus amples informations à ce sujet sont disponibles dans l'appendice Échelles — [Coordination relationnelle](#).

En comparant les résultats des différents groupes, on observe une valeur plus élevée (soit une meilleure coordination relationnelle) en Suisse italienne (M 4,0) que dans les autres régions linguistiques (Suisse alémanique M 3,5, francophone M 3,4). Il en va de même pour les organisations d'ASaD privées à but lucratif (M 3,9) par rapport aux organisations d'ASaD publiques (M 3,5) et aux organisations d'ASaD privées à but non lucratif (M 3,5), et entre les organisations avec et sans contrat de prestations (respectivement M 3,5 et M 3,7) (voir Figure 75).



Instrument : *Relational Coordination Scale* [76]

Légende : M = moyenne, Md = médiane, EPT = équivalent plein temps.

AI = région alémanique, Fra = région francophone, Ita = région italophone.

Lucratif = organisations privées à but lucratif, non lucratif = organisations privées à but non lucratif, public = organisations publiques.

<50 = moins de 50 EPT, ≥50 = 50 ou plus d'EPT.

Pour plus d'informations concernant la figure, voir [Informations concernant la présentation des résultats](#).

Figure 75 : Échelle de coordination relationnelle avec la personne de référence (comparaison de groupes) (point de vue des proches)

Calculée sur l'ensemble des proches, sur l'échelle *Relational Coordination Scale* (coordination relationnelle) [76] la médiane s'établit à 3,7 (EI 3,0-4,1) et la moyenne à 3,6 (ET 0,9) s'agissant des personnes de référence de l'ASaD.

12.3 Perception de la coordination avec le personnel du service d'ASaD (point de vue des proches)

Les sept items ci-dessus dédiés à la coordination relationnelle (la qualité de la communication et à la qualité de la relation) ont également été soumis aux proches en se référant de manière globale au personnel du service d'ASaD (soit en tant qu'aspect complémentaire à l'enquête sur les personnes de référence au point 12.2).

56,8 % des proches interrogé-e-s ont répondu que le personnel du service d'ASaD collaborait en « permanence » ou « souvent » avec eux ou elles pour résoudre un problème, et 36,2 % des proches interrogé-e-s ont indiqué que le personnel du service d'ASaD communiquait « en permanence » ou « souvent » avec eux ou elles au sujet des soins/de l'assistance de leur proche.

Les trois derniers items avaient trait à la qualité de la relation (connaissances partagées, appréciation et objectifs communs) avec le personnel en général du service d'ASaD. 57,9 % des proches interrogé-e-s ont répondu que leurs objectifs en matière de prise en charge étaient « souvent » ou « en permanence » partagés par le personnel du service d'ASaD. L'appréciation du travail était moins fréquente, avec 49,2 % des proches qui ont affirmé que la valeur de leur travail pour soigner/accompagner leur proche était « en permanence » ou « souvent » reconnue par le personnel du service d'ASaD (voir Figure 76).

Coordination avec le personnel en général du service d'aide et soins à domicile (ASaD)

Nous aimerions savoir comment vous vivez la coordination avec le personnel en général de ce service d'ASaD.

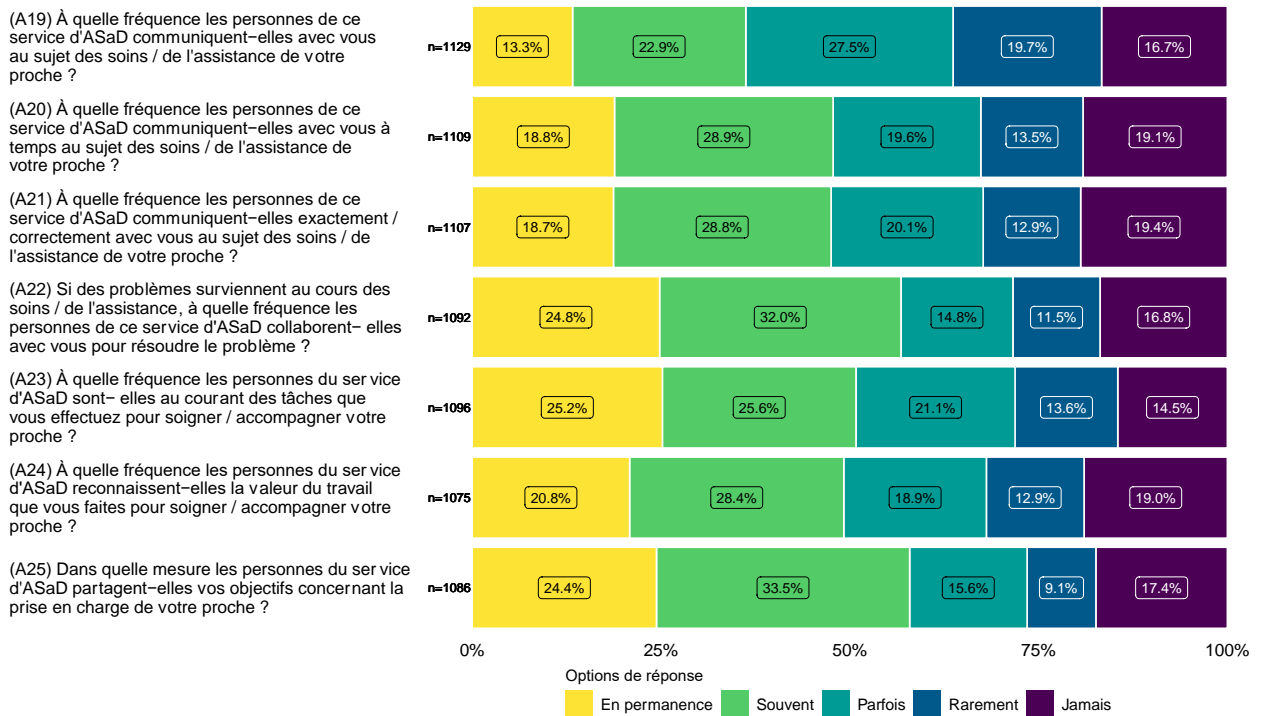
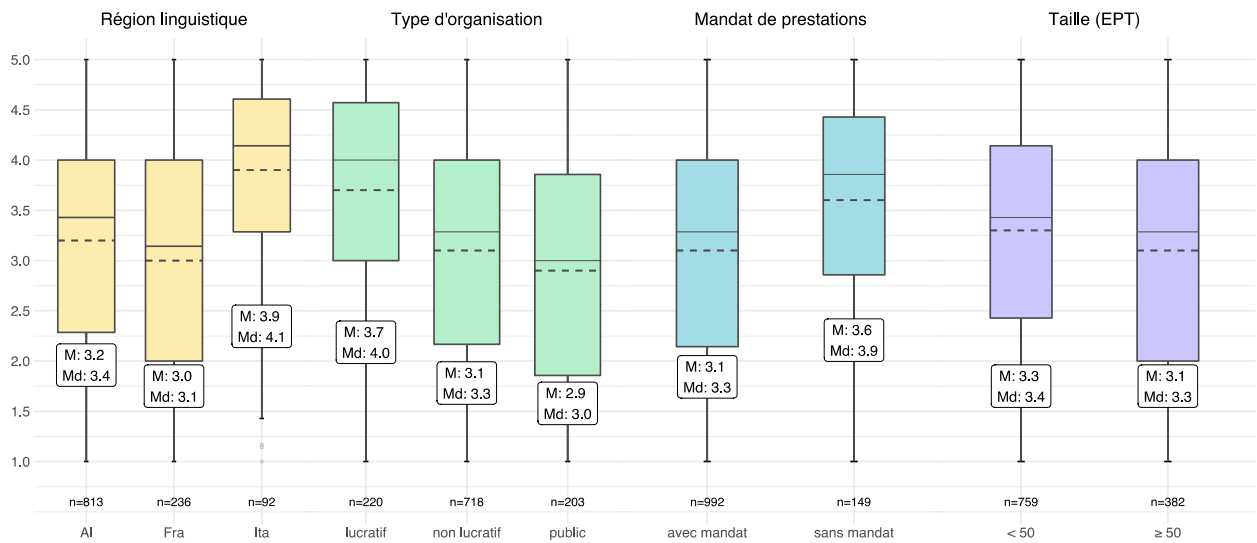


Figure 76 : Coordination relationnelle avec le personnel en général du service d'ASaD (point de vue des proches)

Comme dans les chapitres 12.1 et 12.2, l'échelle *Relational Coordination Scale* [76] a été créée à partir des sept items ci-dessus (Figure 76). De plus amples informations sur cette échelle sont disponibles dans l'appendice (Échelles — [Coordination relationnelle](#)).

Des différences significatives apparaissent dans les groupes régions linguistiques, type d'organisation et mandat de prestations. Ainsi, la valeur pour la région italophone (M 3,9) est nettement plus élevée que les valeurs pour la région alémanique (M 3,2) et la région francophone (M 3,0). En ce qui concerne le type d'organisation, la valeur la plus basse est celle des organisations de droit public (M 2,9), suivie par les organisations privées à but non lucratif (M 3,1) et la valeur la plus élevée par les organisations privées à but lucratif (M 3,7). Les organisations sans mandat de prestations ont obtenu des valeurs plus élevées que les organisations avec mandat de prestations (M 3,6 et M 3,1 respectivement).



Instrument : Échelle *Relational Coordination Scale* [76]

Légende : M = moyenne, Md = médiane, EPT = équivalent plein temps.

AI = région alémanique, Fra = région francophone, Ita = région italophone.

Lucratif = organisations privées à but lucratif, non lucratif = organisations privées à but non lucratif, public = organisations publiques.

<50 = moins de 50 EPT. ≥50 = 50 ou plus d'EPT.

Pour plus d'informations concernant la figure, voir [Informations concernant la présentation des résultats](#).

Figure 77 : Échelle de coordination relationnelle — personnel de l'ASaD (comparaisons de groupe) (point de vue des proches)

Sur l'échelle *Relational Coordination Scale* (coordination relationnelle) [76], la médiane s'est inscrite à 3,4 [EI 2,3-4,2] et la moyenne à 3,2 (ET 1,2) du point de vue des proches participants s'agissant de l'ensemble du personnel de l'ASaD.

12.4 Implication des proches dans la planification de la prise en charge (point de vue des proches)

Près de la moitié (48,4 %) des proches interrogé-e-s ont indiqué être « en permanence » ou « souvent » impliqué-e-s dans la planification/l'organisation de la prise en charge de leur proche. Par ailleurs, 50,5 % souhaitaient être « en permanence » ou « souvent » impliqué-e-s dans la planification/l'organisation de la prise en charge de leur proche, tandis que 26,2 % des proches aimeraient être « parfois » impliqué-e-s (voir Figure 78).

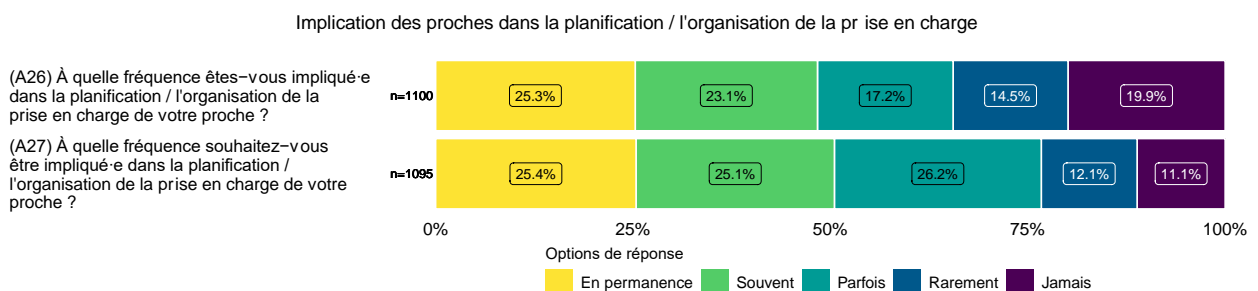


Figure 78 : Implication des proches dans la planification/l'organisation de la prise en charge (point de vue des proches)

Parmi les proches ayant répondu vouloir être « en permanence » ou « souvent » impliqué-e-s dans la planification/l'organisation de la prise en charge de leur proche, 81,1 % ont répondu que c'était le cas. Du côté des proches qui aimeraient être « parfois » impliqué-e-s, 39,1 % ont affirmé que c'était le cas. Enfin, en ce qui concerne les proches ne voulant que « rarement » être impliqué-e-s, 41,5 % ont indiqué que c'était le cas et parmi ceux et celles qui ne voulaient « jamais » être impliqué-e-s, c'était le cas pour 86,1 % (pas de figure).



« La collaboration avec les proches fait partie intégrante du travail quotidien des collaborateur·rice·s d'ASaD et mérite globalement plus d'attention — y compris dans la formation. »

Margrit Hilpertshauser

Experte en soins infirmiers, MSc en sciences infirmières
M Hilpertshauser GmbH

Les chiffres montrent de manière impressionnante que la collaboration avec les proches représente une part considérable du travail quotidien du personnel d'ASaD (Figure 71).

Je constate que les impressions du personnel d'ASaD et celles des proches concernant la communication divergent. Et pourtant, aussi bien les collaborateur·rice·s d'ASaD que les proches supposent que l'autre partie connaît le travail qu'il·elle·s fournissent, leurs objectifs et leurs préoccupations (Figure 71, Figure 74). Ces résultats attestent de l'importance des infirmier·ère·s de référence, qui sont en contact avec les client·e·s et les proches et assurent la coordination. Cela signifie qu'il·elle·s les informent au sujet de leur propre travail et semblent connaître les préoccupations des client·e·s et de leurs proches (Figure 74 et Figure 76).

La coordination va au-delà des aspects organisationnels : elle intègre le travail relationnel, le choix et l'ajustement des objectifs et le partage des décisions. Cela concorde avec le constat de Brügger et al. [77], selon lequel les tâches de coordination des proches impliquent bien plus que ce que les professionnel·le·s estiment en général relever de la coordination de la prise en charge. Les proches souhaitent participer à la prise en charge comme partenaire à part entière et refusent souvent d'abandonner leur fonction de coordination, qui leur permet de garder le contrôle et leur donne un sentiment de sécurité. Il·elle·s souhaitent malgré tout qu'une personne observe en arrière-plan et leur vienne ponctuellement en aide. Ces processus sont complexes et requièrent de la part des personnes de référence et du personnel d'ASaD des compétences qui ne vont pas de soi.

Certaines questions restent ouvertes : qu'est-ce que le personnel d'ASaD entend par « proches » ? Avec qui collabore-t-il et comment ? Quelle valeur les collaborateur·ice·s d'ASaD et leurs supérieur·e·s hiérarchiques accordent-il·elle·s aux personnes de référence et à la coordination ? Quelle est la part des prestations de coordination que les collaborateur·rice·s d'ASaD peuvent ou doivent assumer et comment ces prestations sont-elles financées ? Enfin, comment le développement des compétences ayant trait à la communication, à l'appréciation et à la coordination est-il systématiquement rendu possible ?

La collaboration avec les proches fait partie intégrante du travail quotidien du personnel d'ASaD et mérite globalement une plus grande attention. De fait, l'absence de collaboration engendre des malentendus qui, au mieux, créent une situation désagréable ou, plus grave, peuvent déboucher sur des erreurs de jugement, des erreurs et des situations de crise au domicile des client·e·s [78]. Les collaborateur·rice·s d'ASaD partagent des moments de joie avec les proches dans le cadre de leur collaboration, mais il·elle·s rencontrent également des difficultés ; ainsi, bon nombre d'entre eux·elles rapportent avoir déjà subi des menaces ou des insultes, ce qui peut nuire durablement à leur santé.

Vu les développements dans le domaine de la santé et la pénurie croissante de personnel, la collaboration avec les proches va gagner en importance. Les compétences ad hoc devraient être davantage prises en considération dans la formation initiale et la formation continue de tout le personnel d'ASaD. Dans la pratique, les approches de soins centrés sur la famille selon Calgary [79], par exemple, offrent un cadre de référence pour une collaboration réussie avec les proches.

13 Soutien par les proches

Les proches assument souvent les soins longtemps avant de faire appel à un service d'ASaD, ce qui ne signifie d'ailleurs pas que ce dernier assure l'intégralité de la prise en charge. La collaboration entre les services d'ASaD et les proches revêt par conséquent une grande importance dans le domaine de l'ASaD. Selon l'Office fédéral de la statistique, 59 % des client·e·s sont également soutenu·e·s par un ou plusieurs proches, en complément des soins à domicile [80]. Les proches de personnes âgées bénéficiant de l'ASaD disent consacrer en moyenne 65 heures par semaine, depuis six ans en moyenne, à l'accompagnement lorsqu'il·elle·s aident leur conjoint·e, et 27 heures, en moyenne depuis cinq ans, lorsqu'il·elle·s aident l'un de leurs parents [8]. Par rapport aux proches aidant·e·s en général, qui consacrent généralement 1 à 10 heures par semaine à l'accompagnement [81], il·elle·s consacrent ainsi nettement plus de temps à leur rôle d'aidant·e. Dans l'enquête SPOT^{nat}, les client·e·s ont indiqué s'il·elle·s avaient reçu de l'aide de leurs proches pour des raisons de santé au cours de l'année précédente, dans quels domaines il·elle·s avaient reçu de l'aide et la fréquence et l'intensité de cette aide. Les proches ont également été interrogés sur la nature, la durée et l'intensité de l'aide apportée à leurs proches. Le présent chapitre expose les résultats de cette enquête.

Résultats de SPOT^{nat} sur le soutien par les proches

13.1 Soutien par des membres de la famille, des ami·e·s ou des connaissances (point de vue des client·e·s)

La majorité des client·e·s participant·e·s (84,9 %) ont indiqué qu'au cours des 12 derniers mois il·elle·s avaient, pour des raisons de santé, reçu de l'aide de leur partenaire, de leurs enfants, de leurs connaissances ou de leurs voisin·e·s, par exemple pour les courses (voir Figure 79).

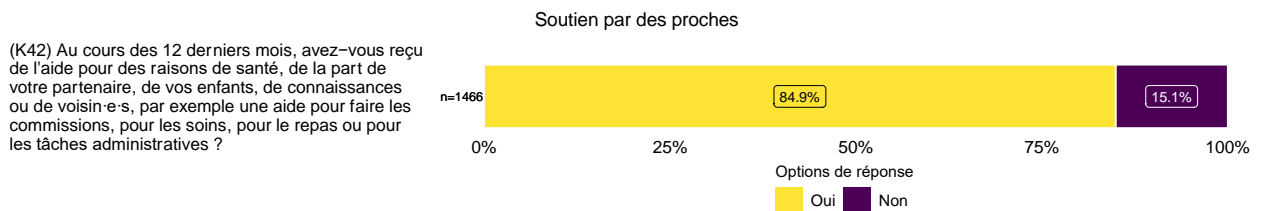


Figure 79 : Soutien par des proches/voisin·e·s au cours des 12 derniers mois (point de vue des client·e·s)

Dans la majorité des cas, l'aide des proches ou des connaissances était « permanente » (77,7 %, Figure 80) et « régulière » (80,6 %, Figure 81).

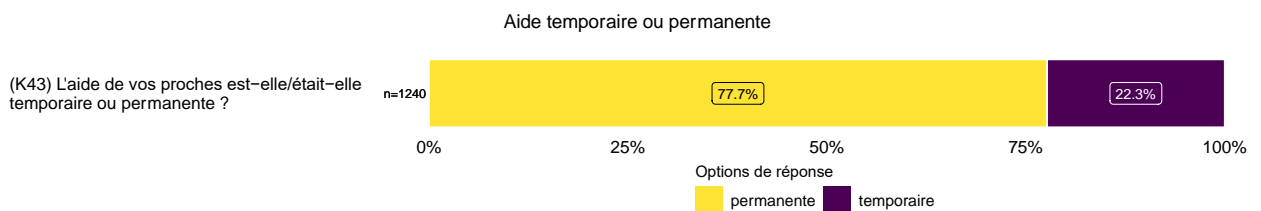


Figure 80 : Aide temporaire ou permanente (point de vue des client·e·s)

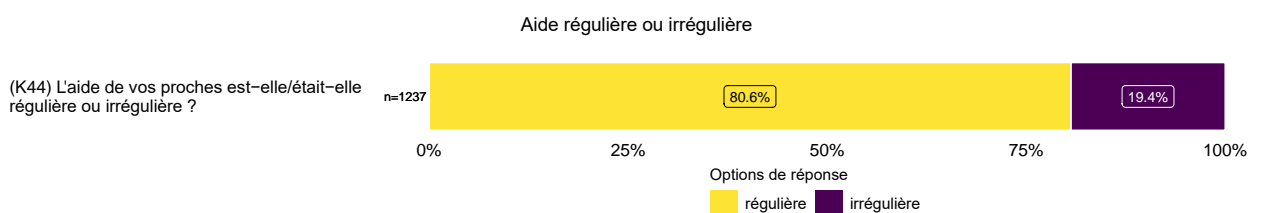


Figure 81 : Aide régulière ou irrégulière (point de vue des client·e·s)

Les domaines pour lesquels les client·e·s ont le plus souvent indiqué recevoir de l'aide étaient les achats (81,0 %), les transports (79,1 %) et les questions administratives (70,2 %). Les domaines les moins souvent cités étaient la prise en charge d'autres membres de la famille (2,8 %), l'aide dans d'autres domaines (9,1 %) et l'aide financière (12,2 %) (voir Figure 82).

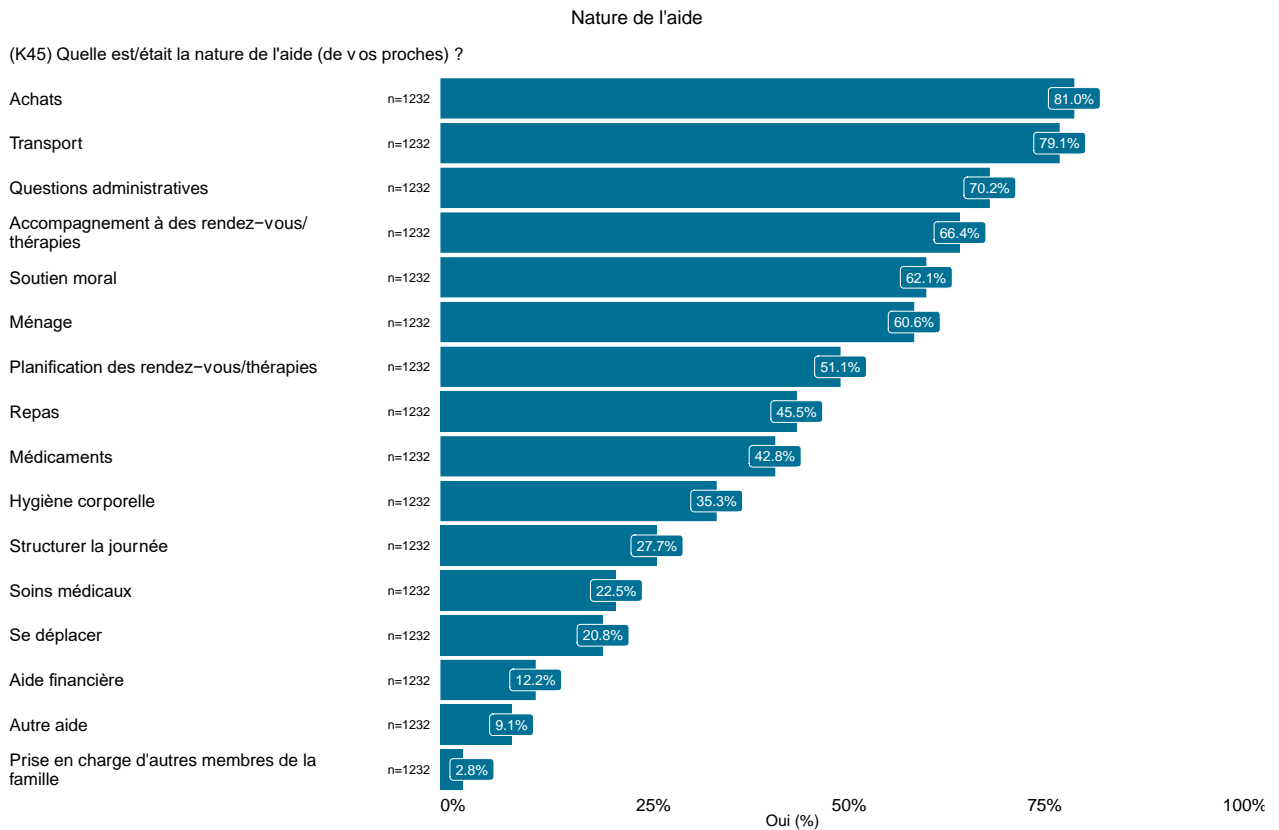


Figure 82 : Nature de l'aide (apportée par les proches) (point de vue des client·e·s)

Les client·e·s ont indiqué que des proches ou des connaissances leur avaient apporté de l'aide pendant une durée médiane de 7,0 heures [EI 3,0-20,0] au cours des sept jours précédents.

13.2 Informations sur l'accompagnement et le soutien par les proches (point de vue des proches)

Les trois items suivants portaient sur la nature et l'intensité du soutien apporté par les proches, de leur point de vue. Les proches apportaient beaucoup de soutien pour les démarches administratives et les transports (Md 10,0), pour l'accompagnement aux rendez-vous ou aux thérapies et pour les courses (Md 9,0). Les domaines dans lesquels les proches ont déclaré apporter un soutien moins important étaient les déplacements (p. ex. pour sortir du lit), la prise en charge d'autres membres de la famille et l'aide financière (Md 0,0) (voir Figure 83).

Soutien (nature et intensité) par les proches

(A1) J'accompagne / je soutiens ma personne proche dans les domaines suivants (0= aucun à 10= un très grand soutien):

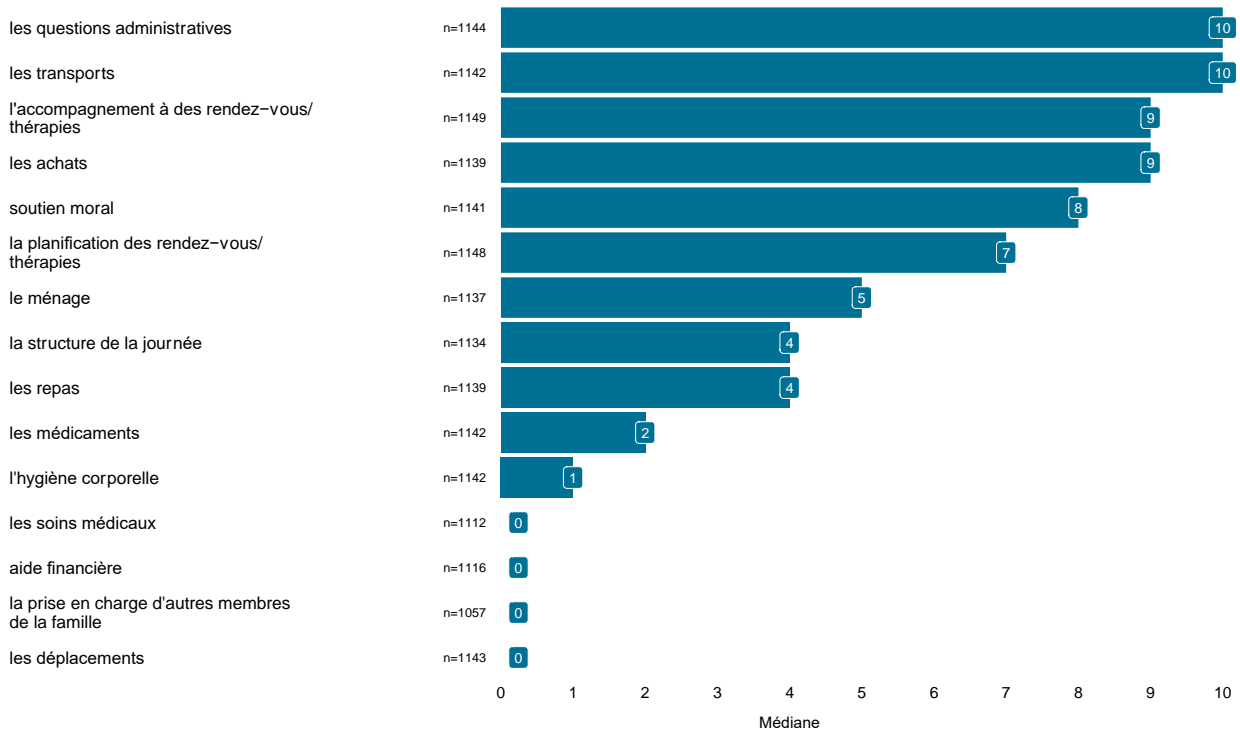


Figure 83 : Soutien (nature et intensité) par les proches (point de vue des proches)

Les proches ont répondu soutenir le/la client·e le plus souvent depuis « 1 à 4 ans » (40,4 %), suivi de « 5 à 10 ans » (36,3 %) (voir Figure 84). Concernant le nombre d'heures de soutien, près d'un tiers des proches a indiqué soutenir le/la client·e « tout le temps » (vivre sous le même toit) et près d'un quart (24,0 %) a indiqué avoir consacré entre « 1 et 4 heures » de soutien au cours des sept derniers jours (voir Figure 85).

Durée du soutien par les proches

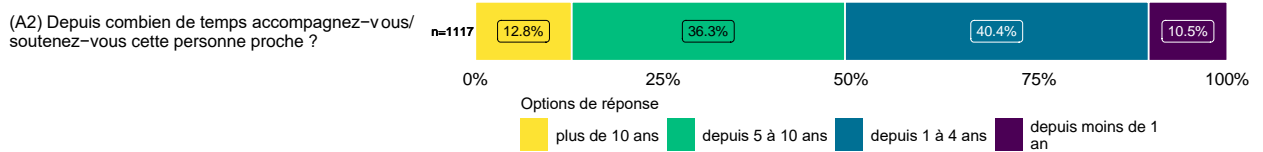


Figure 84 : Durée du soutien par les proches (point de vue des proches)

Nombre d'heures consacrées au soutien par des proches

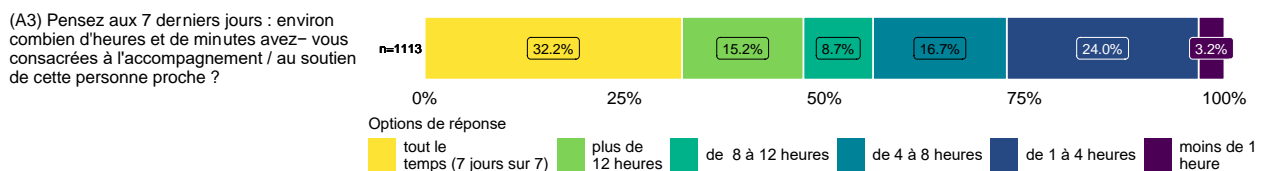


Figure 85 : Nombre d'heures consacrées au soutien par des proches (point de vue des proches)



« Ce sont souvent les proches qui coordonnent le quotidien.
Ils sont souvent les seuls à avoir une vue d'ensemble des
intervenants et des activités à coordonner. »

Prof. Dr Sandrine Pihet

Professeure HES

Haute école de santé Fribourg

Les résultats montrent que les proches apportent de l'aide dans des domaines très variés, tant du point de vue des client·e·s que de celui des proches. Ceci contraste avec l'aide fournie par les professionnel·le·s de l'ASaD, qui interviennent dans un petit nombre de domaines. Dans ce contexte, il est compréhensible que proches et professionnel·le·s n'aient pas la même conception de la coordination, comme l'a montré une étude récente [77]. Pour les professionnel·le·s, la coordination se situe essentiellement au sein du système de santé et concerne surtout les échanges interprofessionnels (dans lesquels les proches ne sont pas nécessairement impliqué·e·s) ainsi que le soutien aux proches. Ces dernier·ère·s ont une conception plus globale de la coordination, se sentant souvent en charge de veiller au bon fonctionnement d'un système large comprenant famille, ami·e·s, environnement du lieu de vie, et diverses organisations dans les domaines professionnel, judiciaire, spirituel, ainsi que le réseau socio-sanitaire, qui n'est pour les proches qu'une petite partie du système. De plus, ce sont souvent les proches qui coordonnent le quotidien pour garantir la qualité de vie des différentes personnes impliquées. Il·elle·s ont ainsi un rôle de plaque tournante entre de nombreux domaines et sont souvent les seul·e·s à avoir la vue d'ensemble des acteur·rice·s et activités à coordonner.



14 Dotation en personnel

Un enjeu de l'affectation du personnel est de répartir le personnel soignant de manière judicieuse (en regard du *skill-grade-mix*, i.e. la combinaison des types et des niveaux de formation) de sorte à garantir des soins de qualité tout en veillant à la rentabilité du système [21, 82]. Le profil d'équipe (*skill-grade-mix*) dépend de la charge de travail, du financement des organisations, de la disponibilité du personnel compétent, ainsi que de la répartition adéquate du personnel. Une augmentation soudaine de la charge de travail durant la pandémie de COVID-19 a par exemple entraîné des pénuries de personnel exceptionnelles [21]. D'une manière générale, le système devrait être en mesure d'assurer la prise en charge sanitaire des client·e·s. Les restrictions du système sont corrélées à des transferts de soins problématiques, au manque de temps pour les entretiens et l'éducation des client·e·s, au manque de temps pour la coordination des soins, à l'insatisfaction au travail et au burnout du personnel d'ASaD ainsi qu'à une rotation plus élevée du personnel [29]. Les sous-chapitres suivants décrivent l'effectif des organisations d'ASaD participantes à la fin de l'année 2020, les ressources disponibles et la dotation en personnel, la fluctuation en 2020, la manière dont les directions des organisations d'ASaD évaluent la situation en matière de recrutement et les places de formation disponibles ou pourvues.

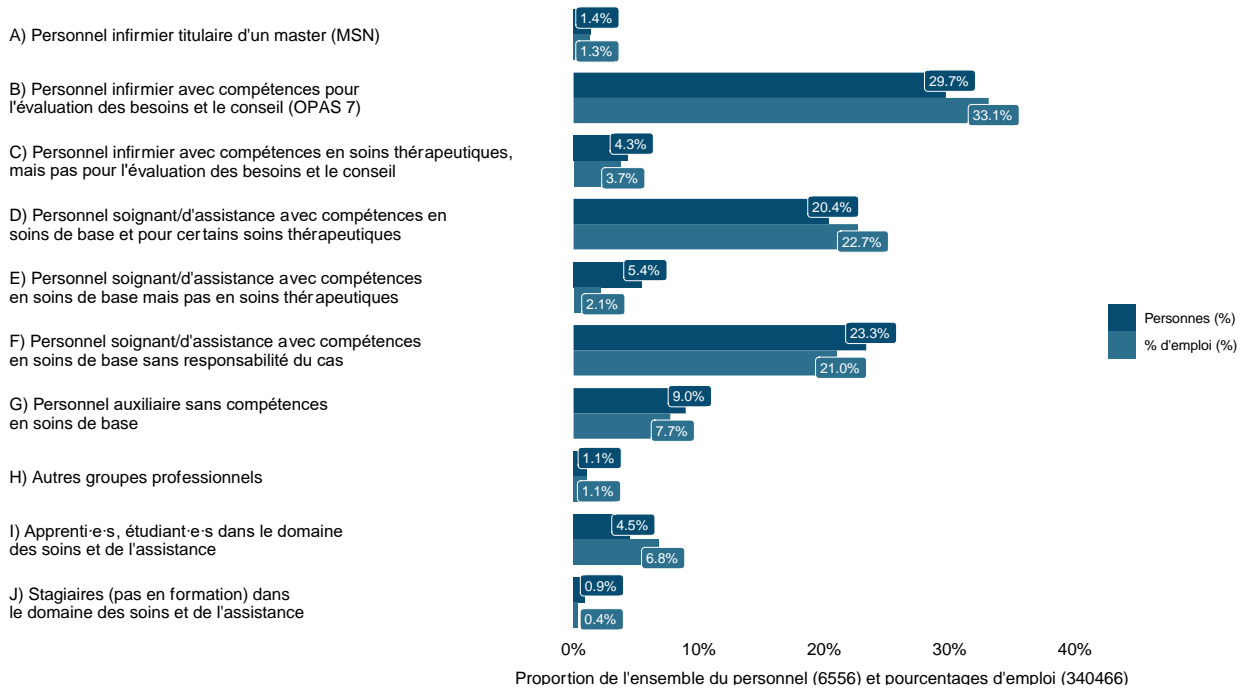
Résultats de SPOT^{nat} sur la dotation en personnel

14.1 Effectif total en 2020 (point de vue des directions)

Les directions des organisations d'ASaD ont été interrogées sur l'état à la fin de l'année 2020 de l'ensemble du personnel dans le secteur des soins et de l'assistance. Le nombre de personnes ainsi que le pourcentage de postes étaient indiqués pour chaque groupe professionnel. En moyenne, le groupe le plus représenté (29,7 % des effectifs et 33,1 % en pourcentage d'emploi) du personnel soignant / d'assistance dans les organisations était le personnel infirmier avec compétences pour l'évaluation des besoins et le conseil (OPAS 7). Le personnel soignant / d'assistance avec compétences en soins de base sans responsabilité du cas / pour le dossier représentait en moyenne 23,3 % de l'ensemble du personnel soignant / d'assistance dans les organisations participantes (voir Figure 86).

Fin 2020, les organisations d'ASaD participantes avaient une médiane de 25,0 équivalents plein temps (EPT) [EI 12,9-53, 1], tou·te·s employé·e·s confondu·e·s.

(B33) Proportion (en %) du personnel soignant / d'assistance à fin 2020



B = p. ex. infirmier-ère diplômé-e, DN II, infirmier-ère diplômé-e ES, HES ; C = p. ex. DN I, infirmier-ère avec moins de deux ans d'expérience professionnelle ; D = p. ex. assistant-e en soins et santé communautaire (ASSC), aide familiale CFC ; E = p. ex. assistant-e socio-éducatif-ve (ASE), accompagnateur-riche pour personnes âgées ; F = p. ex. aide-soignant-e ASA/AFP, auxiliaire de santé CRS, aide à domicile ayant suivi un cours pour auxiliaires de santé, assistant-e santé-social (AGS) ; G = p. ex. aide pratique, aide à domicile n'ayant pas suivi de cours CRS pour auxiliaires de santé. EPT = équivalent plein temps

Figure 86 : Personnel soignant / d'assistance à la fin de 2020 (point de vue des directions)

14.2 Ressources et dotation en personnel (point de vue du personnel)

Trois items interrogeaient les collaborateur-riche-s sur les ressources disponibles et la dotation en personnel. Un cinquième d'entre eux/elles (20,1 %) a répondu être « tout à fait d'accord » avec le fait qu'il y avait suffisamment de temps et de possibilités pour discuter avec les autres soignant-e-s des problèmes de soins rencontrés. Plus d'un tiers (38,3 %) a indiqué n'être « plutôt pas d'accord », voire n'être « pas du tout d'accord ». À la question s'il y a suffisamment de personnel soignant qualifié pour prodiguer des soins de qualité, plus d'un tiers du personnel (37,2 %) a répondu qu'il était « tout à fait d'accord », et 46,2 % qu'il était « plutôt d'accord ». Cela étant, près d'un quart (26,3 %) a répondu n'être « plutôt pas d'accord », voire n'être « pas du tout d'accord » avec l'affirmation selon laquelle la dotation en personnel soignant est suffisante pour effectuer le travail requis (voir Figure 87).

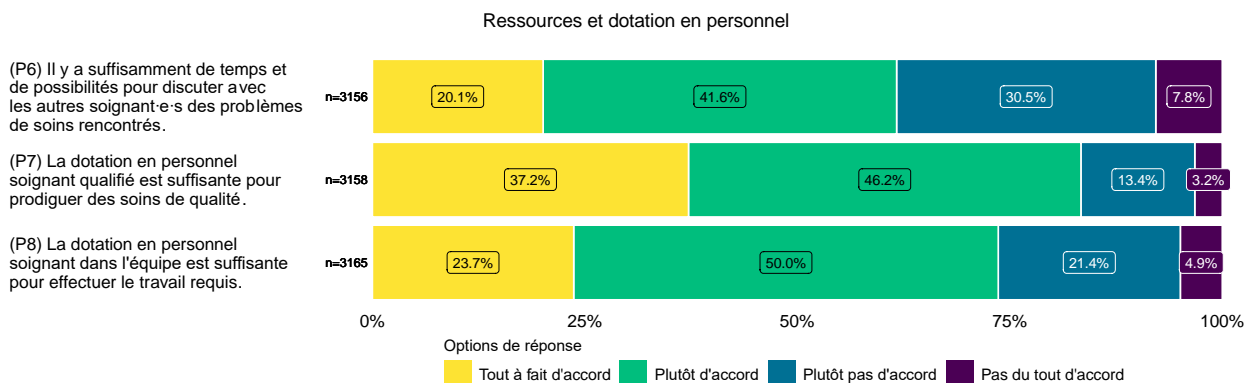
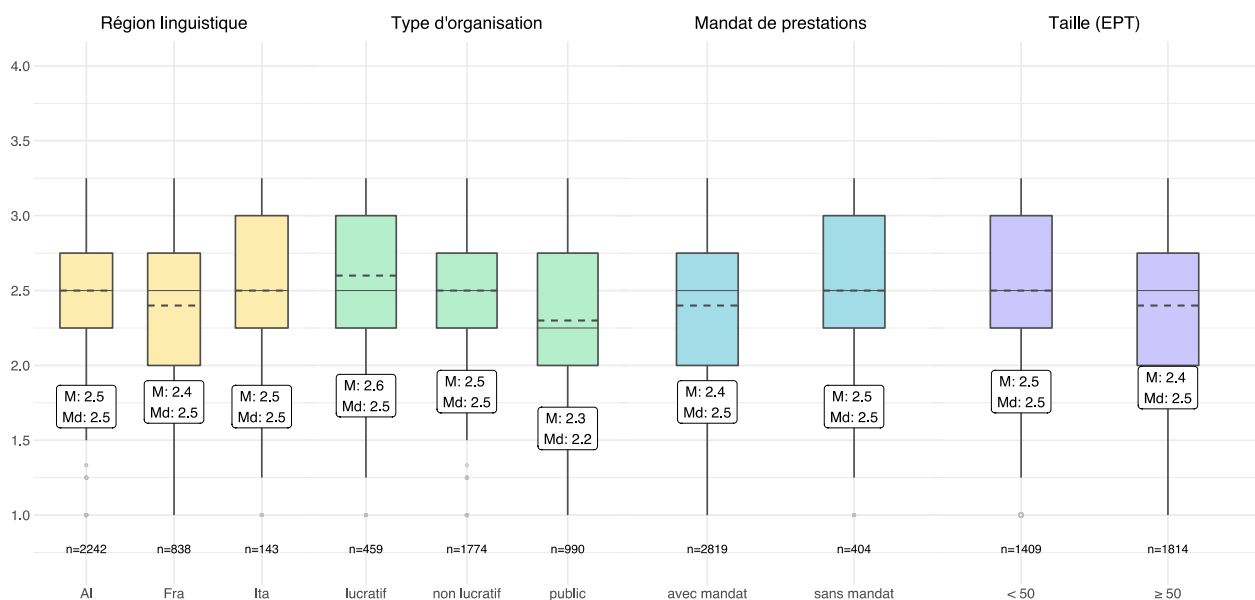


Figure 87 : Ressources et dotation en personnel (point de vue du personnel)

Les trois items ci-dessus (Figure 87) constituent ensemble l'échelle *Staffing Resource Adequacy* de l'instrument *Practice Environment Scale — Nursing Work Index* (PES-NWI) [25]. Cette échelle mesure la perception des ressources et de la dotation en personnel. Le score de l'échelle correspond à la valeur moyenne des trois items (allant de la réponse 1 — « pas du tout d'accord » à 4 — « tout à fait d'accord »), sachant qu'un score ≥ 3 correspond à une approbation. Plus le score est élevé, plus le personnel considère que les ressources disponibles et la dotation en personnel sont bonnes. Vous trouverez de plus amples informations au sujet de l'échelle dans l'appendice (Échelles — [Dotation en personnel](#)).

Si nous classons la perception des différents collaborateur-ric-e-s de l'ASaD selon les quatre groupes (voir Figure 88), nous constatons à nouveau une différence entre les régions linguistiques : dans la région francophone la dotation en personnel a été jugée légèrement moins bonne (M 2,4) que dans la région italophone (M 2,5). Les collaborateur-ric-e-s des organisations de droit public ont évalué la dotation en personnel à un niveau inférieur (M 2,3) à celui des organisations privées à but non lucratif (M 2,5) et des organisations privées à but lucratif (M 2,6). Dans les organisations comptant moins de 50 EPT, la dotation en personnel a été jugée légèrement meilleure (M 2,5) que dans les organisations comptant 50 EPT ou plus (M 2,4).



Instrument : *Practice Environment Scale — Nursing Work Index* (PES-NWI), Échelle *Staffing Resource Adequacy* [25]

Légende : M = moyenne, Md = médiane, EPT = équivalent plein temps.

Al = région alémanique, Fra = région francophone, Ita = région italophone.

Lucratif = organisations privées à but lucratif, non lucratif = organisations privées à but non lucratif, public = organisations publiques.

<50 = moins de 50 EPT, ≥50 = 50 ou plus d'EPT.

Pour plus d'informations concernant la figure, voir [Informations concernant la présentation des résultats](#).

Figure 88 : Échelle dotation en personnel (comparaison de groupes) (point de vue du personnel)

Pour l'ensemble du personnel d'ASaD, l'échelle *Staffing Resource Adequacy* (dotation en personnel) [25] a obtenu une médiane de 2,5 (EI 2,3-2,8) et une moyenne de 2,4 (ET 0,5). La moyenne de SPOT^{nat} est donc la plus basse comparée à celle de l'étude SHURP 2018 dans les EMS [11], qui affichait une moyenne de 2,7 (ET 0,7), et à celle de l'étude MatchRN¹² 2018 dans les soins hospitaliers, avec une moyenne de 2,6 (ET 0,7).

¹² Étude MatchRN. <https://matchrn.nursing.unibas.ch>. Calcul effectué par l'équipe SPOT^{nat}.



14.3 Fluctuation du personnel en 2020 (point de vue des directions)

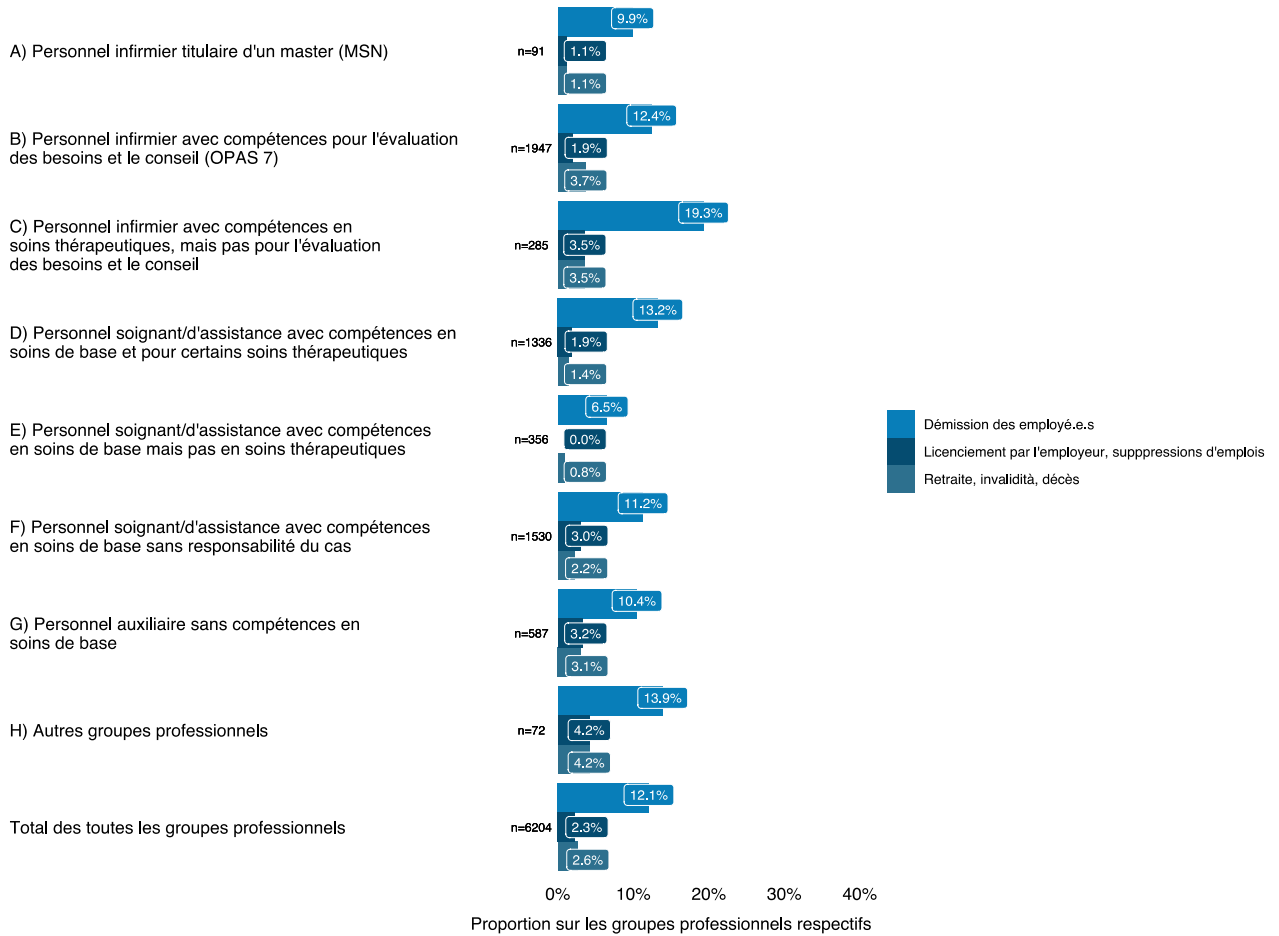
Les conséquences d'une fluctuation élevée du personnel sont diverses : augmentation des coûts pour le processus de recrutement et pour la formation du personnel d'ASaD, modification de la composition des équipes (une nouvelle collaboration doit être soignée) et pertes de qualité dans les soins [83]. Les raisons de quitter son emploi peuvent être classées en deux catégories : les facteurs individuels et les facteurs organisationnels. Les facteurs individuels incluent, outre des facteurs liés à la vie privée (p. ex. le déménagement de la/du partenaire), une charge de travail élevée, un mauvais équilibre entre vie professionnelle et vie privée, l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation (p. ex. une diminution de l'empathie). Les facteurs organisationnels sont les mauvaises conditions de travail (p. ex. l'ambiance entre collègues de travail), le manque d'autonomie dans le travail, l'insatisfaction des conditions salariales, le manque de possibilités d'évolution et de perfectionnement, l'augmentation de la charge administrative ou le manque de reconnaissance par la hiérarchie [20].

Résultats de SPOT^{nat} sur la fluctuation en 2020

Les directions ont été priées d'indiquer combien de personnes (parmi le personnel soignant et d'assistance) avaient quitté leur service d'ASaD en 2020. Les départs s'élevaient à 17,0 % : 12,1 % de démissions, 2,3 % de licenciements et 2,6 % de départs pour cause de retraite, d'invalidité ou de décès.

Si l'on isole les groupes professionnels respectifs, c'est-à-dire par rapport aux postes occupés dans chaque groupe professionnel à la fin de l'année 2020, 19,3 % du personnel infirmier avec compétences en soins thérapeutiques, mais pas pour l'évaluation des besoins et le conseil, ont quitté leur emploi dans les services d'ASaD participants en 2020 (voir Figure 89).

(B37) Départs en 2020 (proportion (en %) sur les groupes professionnels respectifs)



B = p. ex. infirmier-ère diplômé-e, DN II, infirmier-ère diplômé-e ES, HES ; C= p. ex. DN I, infirmier-e avec moins de deux ans d'expérience professionnelle ; D = p. ex. assistant-e en soins et santé communautaire (ASSC), aide familiale CFC ; E = p. ex. assistant-e socio-éducatif-ve (ASE), accompagnateur-riche pour personnes âgées ; F = p. ex. aide-soignant-e ASA/AFP, auxiliaire de santé CRS, aide à domicile ayant suivi un cours pour auxiliaires de santé, assistant-e santé-social (AGS) ; G = p. ex. aide pratique, aide à domicile n'ayant pas suivi de cours CRS pour auxiliaires de santé.

Figure 89 : Départs en 2020 (valeur moyenne [en %] toutes catégories de personnel soignant / d'assistance confondues) (point de vue des directions)

14.4 Évaluation de la situation en matière de recrutement (point de vue des directions)

Les directions ont été invitées à évaluer la situation du recrutement du personnel de soins / d'assistance. La majorité d'entre elles (58,0 %) a déclaré qu'il était « très difficile » de recruter du personnel infirmier diplômé en soins infirmiers ES ou HES. Plus d'un tiers a répondu que le recrutement de personnel soignant ou d'assistance avec AFP ou CFC était également « très difficile ». En revanche, la majorité des directions (70,1 %) a jugé que le recrutement de personnel auxiliaire était « plutôt facile » ou « très facile » (voir Figure 90).

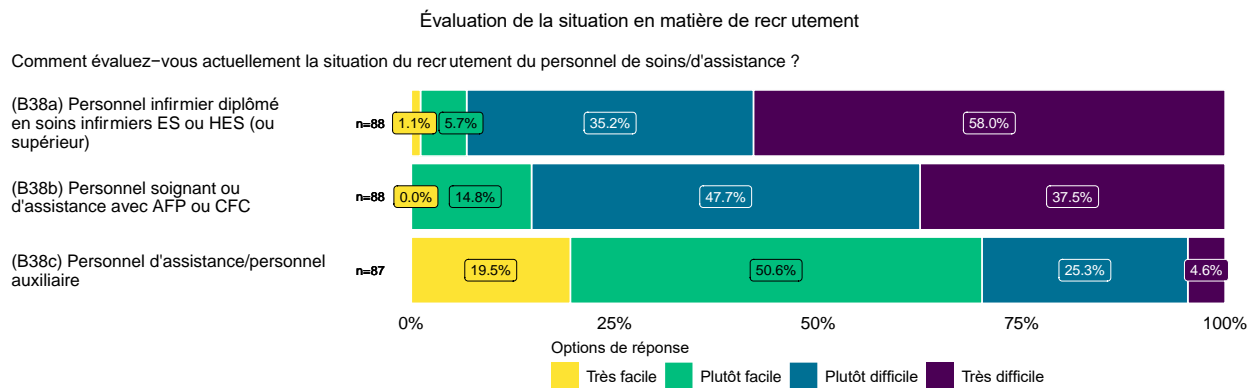


Figure 90 : Évaluation de la situation en matière de recrutement (point de vue des directions)

« Les questions autour de la structure du personnel et du recrutement vont gagner en importance, en particulier dans le contexte du renforcement de la prise en charge à domicile et, plus généralement, du transfert du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire. »

Prof. Dr Michael Simon

Professeur associé

Institut des sciences infirmières, Université de Bâle

Les données livrées par SPOT^{nat} confirment la structure typique du personnel (chapitre 14.1) des organisations d'ASaD en Suisse, à savoir environ un tiers de personnel infirmier diplômé (avec compétences pour l'évaluation des besoins), environ un quart d'assistant-e-s en soins et santé communautaire (sans responsabilité de cas) et le solde se composant d'autres professions. Du fait de la pandémie de coronavirus et de l'évolution démographique, la question du maintien de cette structure et des proportions de personnel de niveaux de formation différents restera d'actualité pour les organisations d'ASaD et les responsables de la politique de la santé. La situation en matière de recrutement décrite à la fin de l'étude (chapitre 14.4) pointe notamment l'urgence dans le domaine du personnel : 93 % des directions jugent la situation plutôt difficile ou très difficile s'agissant du recrutement de personnel infirmier diplômé et la proportion est de 84 % s'agissant du recrutement d'assistant-e-s en soins et santé communautaire. Peu d'études se sont penchées sur le recrutement et la rétention du personnel dans l'ASaD. L'une d'entre elles, menée en Grande-Bretagne, a révélé que des salaires plus élevés et la possibilité de suivre des formations étaient corrélés positivement avec la qualité des soins, qu'il s'agisse des soins aux personnes atteintes de démence ou des soins centrés sur la personne, tandis qu'une rotation élevée du personnel et des postes vacants présentaient, eux, une corrélation négative [84]. Le taux de fluctuation du personnel se situe globalement à un niveau moyen par rapport à d'autres secteurs, même s'il est remarquable dans le groupe des infirmier-ère-s ayant moins de deux ans d'expérience professionnelle, avec tout de même 19,3 % [85]. Les questions autour de la structure du personnel et du recrutement vont gagner en importance, en particulier dans le contexte du renforcement de la prise en charge à domicile et, plus généralement, du transfert du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire.

Quant au personnel, près d'un quart a répondu plutôt ne pas être d'accord, voire n'être pas du tout d'accord avec l'affirmation selon laquelle la dotation en personnel soignant est suffisante pour effectuer le travail requis (chapitre 14.2). Cette proportion est assurément importante, mais inversement, 75 % des personnes interrogées ont jugé que la dotation en personnel était suffisante. Si l'on considère l'échelle correspondante de l'instrument PES-NWI sur l'adéquation des ressources, les organisations d'ASaD enregistrent un niveau légèrement inférieur à ceux mis en évidence par des enquêtes portant sur les EMS ou les hôpitaux. On observe des différences légèrement plus marquées entre les organisations d'ASaD



à but lucratif et les organisations d'ASaD privées à but non lucratif, d'une part, et les organisations publiques, dont les résultats sont inférieurs, d'autre part. Globalement, ces différences sont toutefois minimales et ne fournissent pas matière à discussion. Tant l'adéquation des ressources que la fluctuation sont des variables que les organisations peuvent largement influencer. On peut donc conclure que, dans l'ensemble, les organisations d'ASaD participantes font bien leur travail. Même si la recherche sur les mesures de recrutement et de rétention du personnel d'ASaD est peu fournie, on peut supposer que les facteurs qui jouent un rôle dans d'autres contextes sont également déterminants dans ce cadre, à savoir le leadership et le soutien du personnel, les possibilités de développement professionnel, la reconnaissance du domaine de travail, l'environnement de travail et la planification du temps de travail [86].



14.5 Places de formation (point de vue des directions)

Les places de formation et de perfectionnement dans une institution sont fondamentales pour le développement du personnel et contribuent à son maintien dans la profession et dans l'organisation [20].

En 2020, les organisations d'ASaD participantes proposaient en moyenne 2,6 (ET 5,3) places de formation pour du personnel infirmier diplômé en soins infirmiers ES ou HES (ou supérieur), dont en moyenne 2,4 (ET 4,9) étaient pourvues en 2020.

Les organisations proposaient en moyenne 3,1 (ET 3,8) places de formation pour le personnel soignant ou d'assistance avec AFP ou CFC (p. ex. ASSC), dont en moyenne 2,9 (ET 3,6) étaient pourvues.

S'agissant des places de formation pour le personnel d'assistance / personnel auxiliaire (p. ex. auxiliaire de santé), les organisations en proposaient en moyenne 0,6 (ET 1,4), dont 0,5 (ET 1,2) était pourvue (pas de figure).

« Il convient de rendre le métier de soignant-e (en soins aigus et de longue durée) plus séduisant et d'améliorer l'image des soins. »

Nadia Zurbriggen

Responsable de l'équipe des soins, Brigade

CMS du Haut-Valais

Carmen Martig

Responsable stratégique du domaine Santé

CMS du Haut-Valais, Brigade

Les résultats de l'enquête révèlent que les places de formation disponibles ne sont pas toutes pourvues, que ce soit dans les degrés secondaires et tertiaires ou les cursus pour le personnel d'assistance ou le personnel auxiliaire. Cela pourrait être interprété comme un désamour des métiers dans les soins. L'intérêt pour ces derniers pourrait avoir pâti de la pandémie de COVID-19, durant laquelle le personnel soignant a longtemps dû faire face à une charge de travail accrue, avec moins de possibilités d'échanges.

Si les places de formation ne sont pas pourvues, la pénurie de personnel soignant va s'aggraver. Pour contrecarrer cette tendance, la formation dans les soins présente un avantage indéniable par rapport à d'autres cursus : elle offre la possibilité de faire sa formation secondaire et tertiaire en tant qu'employé-e. La qualité de la formation et la communication des domaines dans lesquels les places sont disponibles sont deux autres facteurs essentiels pour trouver des candidat-e-s. Il faut donc mettre l'accent sur la promotion des places de formation dans les soins, et proposer des cursus aux personnes qui veulent se réorienter ou reprendre une activité professionnelle.

Il convient en outre de rendre le métier de soignant-e (en soins aigus et de longue durée) plus séduisant et d'améliorer l'image des soins, en mettant notamment en avant les côtés positifs du métier, comme les possibilités d'avancement et de perfectionnement, la diversité des domaines d'activité, la possibilité de travailler à temps partiel et de concilier travail et famille. Autres éléments à optimiser : la prévention du burnout et la promotion de la résilience des collaborateur-ric-e-s, par exemple en les soutenant dans des situations de soins complexes et en mettant en place un cadre propre à préserver l'hygiène mentale du personnel soignant, afin que celui-ci puisse exercer son métier longtemps sans mettre sa santé en danger.

15 Planification du travail

La planification du travail (p. ex. le modèle d'organisation des soins, la planification des tournées, le travail par équipes, les heures supplémentaires) peut avoir une influence sur la qualité des soins et la santé du personnel. Les prestations d'ASaD comportent souvent des contraintes temporelles (pour l'administration de médicaments, p. ex.) et les ressources humaines et financières sont limitées, ce qui peut compliquer la planification des interventions [87]. Une étude norvégienne a montré que les trajets (d'un·e client·e à l'autre) représentaient entre 18 % et 26 % du temps de travail et qu'un tiers des plannings de travail prévoyaient trop d'interventions, si bien que les collaborateur·rice·s n'avaient pas assez de temps pour effectuer toutes les tâches nécessaires [88]. L'étude est donc parvenue à la conclusion qu'il y avait un potentiel d'optimisation.

S'agissant de la qualité des soins, une revue systématique de la littérature a par exemple montré que la gestion de cas (*case management*) en tant que système de soins se révèle être une stratégie efficace pour réduire le nombre d'hospitalisations [89]. En ce qui concerne le personnel, la littérature spécialisée indique que les heures supplémentaires sont plus fréquentes dans les professions où les exigences au travail sont élevées [90] et qu'il existe une corrélation entre les heures supplémentaires, d'une part, et la perception de la charge de travail [91], les blessures, les maladies [92] et le burnout [93] d'autre part. Des études ont également établi des liens entre le travail par roulement et certaines dimensions de la situation du personnel telles que l'insatisfaction au travail [94, 95], la détérioration de l'état de santé [95, 96], des taux de burnout élevés [97, 98] et l'intention de quitter l'organisation [99]. Le présent chapitre porte sur l'existence de modèles d'organisation des soins tels que les personnes de référence ou la gestion de cas (*case management*), l'existence de responsables de cas et leurs tâches, la planification des tournées sous l'angle du nombre d'interventions, de collaborateur·rice·s et de la durée des trajets, ainsi que les horaires de travail et les heures supplémentaires.

Résultats de SPOT^{nat} sur la planification du travail

15.1 Système de personnes de référence (point de vue des directions)

Par modalité de personnes de référence, on entend un système dans lequel un·e soignant·e assume la responsabilité de l'intégralité des soins et de l'assistance, de l'admission à la sortie [100]. En outre, cette personne peut, dans la mesure du possible, prodiguer elle-même les soins au client ou à la cliente (il s'agit d'une forme particulière de système de personnes de référence) [101].

Moins d'un cinquième (11,4 %) des organisations participantes ont indiqué qu'elles travaillaient avec une personne de référence définie qui réalisait toutes les activités de soins, de l'admission à la sortie. La majorité (86,4 %) a indiqué qu'une personne de référence définie assumait la responsabilité de l'ensemble du processus de soins. Environ 16 % des organisations participantes ont répondu qu'elles utilisaient un « autre » système de personnes de référence, notamment des responsables de cas pour les situations complexes ou un petit groupe d'infirmier·ère·s référent·e·s (voir Figure 91).

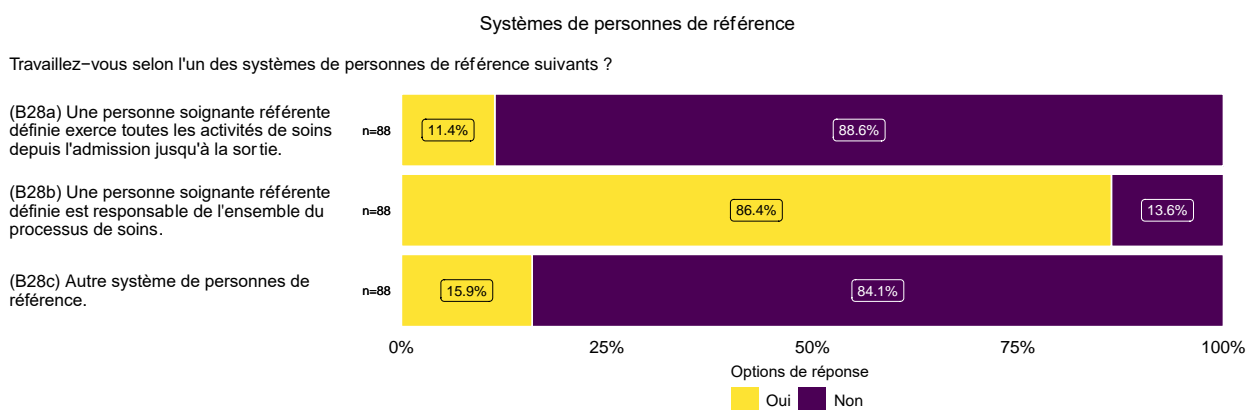


Figure 91 : Systèmes de personnes de référence existants (point de vue des directions)

La majorité des organisations participantes (85,2 %) ont indiqué travailler avec des responsables de cas (voir Figure 92).

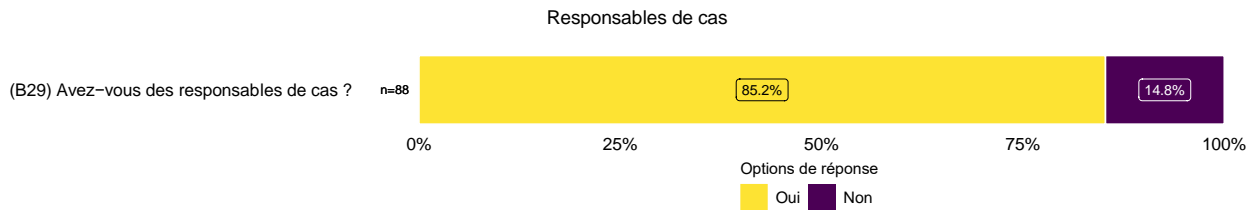


Figure 92 : Travail avec des responsables de cas (point de vue des directions)

Selon les indications des directions, un-e responsable de cas travaillant à 100 % est en moyenne responsable de 23 client-e-s (médiane de 20,0 [EI 13,0-30,0]).

Les directions ayant répondu qu'elles travaillaient avec des responsables de cas étaient priées de cocher toutes les tâches qui leur étaient attribuées. Dans presque toutes les organisations, la responsabilité de cas comprenait entre autres le pilotage du processus de soins (96,0 %), le rôle de personne de contact pour les différents prestataires de services et les client-e-s/proches (94,7 %), la coordination entre les différents prestataires de services (92,0 %) ou l'évaluation des besoins (92,0 %) (voir Figure 93). Parmi les « autres » tâches citées figuraient l'introduction de nouveaux-elles collaborateur-ric-e-s ou l'organisation d'entretiens de réseau interdisciplinaires.

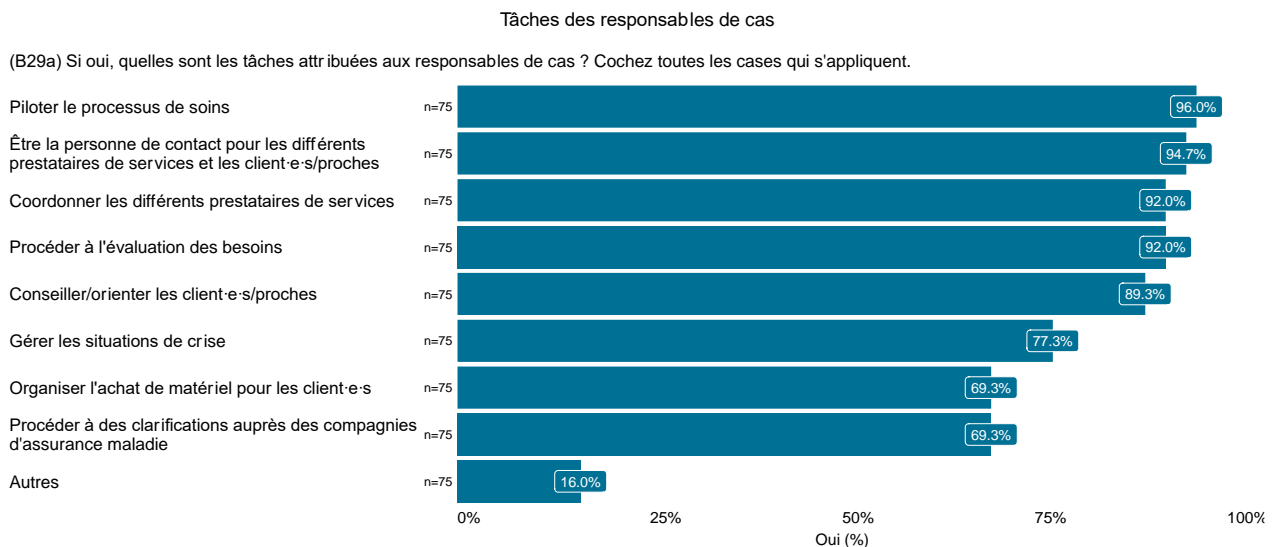


Figure 93 : Tâches des responsables de cas (point de vue des directions)

La majorité (80,7 %) des organisations participantes ont indiqué qu'il n'y avait pas de *case manager* (gestionnaire de cas) ou de *care manager* formé-e-s dans leur organisation (voir Figure 94).

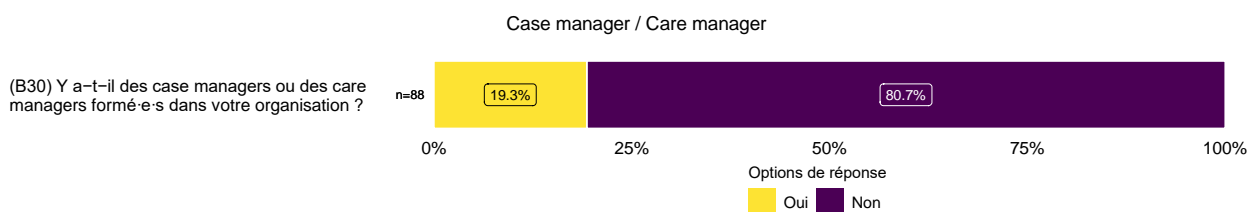


Figure 94 : Case manager / Care manager (point de vue des directions)



15.2 Planification des tournées (point de vue des directions)

Les directions ont été priées d'indiquer les plans des tournées de la semaine précédente (cinq jours, du lundi au vendredi) ; dans un premier temps, nous avons calculé la moyenne sur les cinq jours.

Les tableaux ci-dessous présentent la médiane de la moyenne des tournées du matin et de l'après-midi/soir (par jour) des organisations. Pour permettre une représentation réaliste des organisations, celles-ci sont réparties en deux groupes : l'un selon la taille et l'autre selon le type d'organisation.

Tournées du matin	Organisations < 50 EPT médiane [EI]	Organisations ≥ 50 EPT médiane [EI]
Nombre de tournées	11,0 [6,5-17,2]	34,2 [26,0-75,0]
Nombre d'interventions	45,4 [26,8-71,5]	186,3 [124,4-388,6]
Temps de trajet moyen entre les interventions en minutes	12,0 [7,0-25,9]	15,3 [6,1-42,9]
Nombre de personnel infirmier ES (ou équivalent ou supérieur)	2,6 [1,7-4,4]	15,7 [8,8-26,1]
Nombre de personnes d'autres groupes professionnel (uniquement les personnes reconnues par l'OPAS)	5,6 [4,0-10,6]	21,3 [17,8-37,8]

EI = écart interquartile, EPT = équivalent plein temps, ES = école supérieure, OPAS = ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins

Tableau 6 : Tournées du matin — par taille de l'organisation (point de vue des directions)

Tournées du matin	Public	Privée, à but non lucratif	Privée, à but lucratif
Nombre moyen d'interventions par tournée	Md 4,6 [EI 4,0-5,5]	Md 5,2 [EI 4,7-6,5]	Md 3,9 [EI 2,1-5,5]
Temps de trajet moyen entre les interventions en minutes	Md 16,5 [EI 6,0-44,6]	Md 10,0 [EI 7,0-34,8]	Md 15,0 [EI 9,4-31,4]
Rapport entre le nombre de personnel infirmier ES (ou équivalent ou supérieur) : et les autres groupes professionnels (uniquement les personnes reconnues par l'OPAS)	6:10	5:10	4:10

Md = médiane, EI = écart interquartile, ES = école supérieure, OPAS = ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins

Tableau 7 : Tournées du matin — par type d'organisation (point de vue des directions)



Tournées de l'après-midi / soir	Organisations < 50 EPT médiane [EI]	Organisations ≥ 50 EPT médiane [EI]
Nombre de tournées	6,8 [4,1-10,7]	26,0 [19,6 -42,4]
Nombre d'interventions	25,5 [11,5-49,9]	118,3 [92,1-188,8]
Temps de trajet moyen entre les interventions en minutes	10,1 [6,5-20,0]	15,0 [7,4-36,2]
Nombre de personnel infirmier ES (ou équivalent ou supérieur)	2,0 [1,0-3,1]	10,1 [5,5-17,7]
Nombre de personnes d'autres groupes professionnels (uniquement les personnes reconnues par l'OPAS)	3,6 [2,0-6,4]	15,9 [10,6-27,6]

EI = écart interquartile, EPT = équivalent plein temps, ES = école supérieure, OPAS = ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins

Tableau 8 : Tournées de l'après-midi/du soir — par taille de l'organisation (point de vue des directions)

Tournées de l'après-midi / soir	Publique	Privée, à but non lucratif	Privée, à but lucratif
Nombre moyen d'interventions par tournée	Md 3,7 [EI 3,2-4,9]	Md 5,1 [EI 3,9-6,0]	Md 3,6 [EI 2,2-5,0]
Temps de trajet moyen entre les interventions en minutes	Md 11,0 [EI 5,6-23,2]	Md 8,1 [EI 6,0-22,5]	Md 15,0 [EI 10,0-26,9]
Rapport entre le nombre de personnel infirmier ES (ou équivalent ou supérieur) : et les autres groupes professionnels (uniquement les personnes reconnues par l'OPAS)	6:10	7:10	6:10

Md = médiane, EI = écart interquartile, ES = école supérieure, OPAS = ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins

Tableau 9 : Tournées de l'après-midi/du soir — par type d'organisation (point de vue des directions)

Les tableaux suivants présentent les médianes du nombre moyen d'heures de soins (OPAS) par jour au cours des cinq derniers jours, selon la taille et le type d'organisation.



Heures de soins	Organisations < 50 EPT médiane [EI]	Organisations ≥ 50 EPT médiane [EI]
Prestations A (évaluation, conseils, coordination) – heures	2,6 [1,3-5,2]	17,6 [10,0-26,8]
Prestations B (examens et traitement) – en heures / jour	15,6 [6,8-23,0]	56,2 [45,7-118,5]
Prestations C (soins de base) – en heures / jour	22,0 [14,4-40,4]	88,1 [61,7-120,7]

EI = écart interquartile, EPT = équivalent plein temps

Tableau 10 : Heures de soins OPAS par jour — par taille de l'organisation (point de vue des directions)

Le tableau ci-dessous présente la répartition en pourcentage des heures de soins des catégories de prestations A, B et C par jour.

Heures de soins	Publique	Privée, à but non lucratif	Privée, à but lucratif
Prestations A (évaluation, conseils, coordination) – en heures / jour	10,8 %	9,3 %	7,0 %
Prestations B (examens, traitement) – en heures / jour	37,2 %	37,3 %	25,2 %
Prestations C (soins de base) – en heures / jour	52,0 %	53,4 %	67,8 %

Tableau 11 : Part des heures de soins OPAS par jour — par type d'organisation (point de vue des directions)

Sur les 50 dernières interventions effectuées par les organisations d'ASaD auprès des client·e·s ayant nécessité des prestations de soins, 17,0 interventions, en médiane (EI 10,0-25,0), ont été effectuées par du personnel infirmier ES (ou équivalent ou supérieur).

15.3 Organisation du travail au cours des trois derniers jours de travail (point de vue du personnel)

Les collaborateur·rice·s d'ASaD travaillant directement dans le domaine des soins et de l'assistance ont été invité·e·s à décrire leurs trois derniers jours de travail.

En moyenne, sur les trois derniers jours de travail, les collaborateur·rice·s d'ASaD ont rendu visite à une médiane de 6,0 client·e·s (EI 5-9) lors d'une tournée de jour, et à une médiane de 7,0 client·e·s (EI 4,0-9,0) lors d'une tournée le soir.

La durée médiane du temps de travail était de 7,8 heures [EI 6,0-8,6] par jour. La durée médiane du temps de travail du personnel rémunéré à l'heure était de 5,9 heures (EI 4,3-7,8) et celle du personnel rémunéré au mois de 8,0 heures (EI 6,7-8,7). La durée médiane des trajets d'un·e client·e à l'autre était de 55,0 minutes [EI 36,3- 75,0]. Pour 86,3 % des collaborateur·rice·s d'ASaD, le trajet comptait comme temps de travail, tandis que pour 4,9 %, le trajet n'était que partiellement compté comme temps de travail.

Sur les trois jours de travail, les collaborateur·rice·s ont consacré une durée médiane de 36,7 minutes par jour (EI 15,0-92,3) à des tâches administratives et de 18,3 minutes (EI 6,7-40,0) à des tâches de coordination (se concerter, obtenir ou transmettre des informations, discuter des cas). Au cours de ces trois jours de travail, il est arrivé en médiane 0,3 fois (EI 0,0-1,0) que les collaborateur·rice·s se rendent chez un·e client·e dont il·elle·s n'avaient encore jamais assuré la prise en charge. Selon 88,8 % des

collaborateur·rice·s participant·e·s, les trois derniers jours correspondaient à des journées de travail « standards ».

Au cours des trois derniers jours, les collaborateur·rice·s avaient consacré en moyenne 15,8 % de leur temps à des tâches administratives, 15,3 % à des déplacements, 7,4 % à des tâches de coordination et 61,5 % à « autre chose », ce qui inclut le contact direct avec les client·e·s (voir Figure 95).

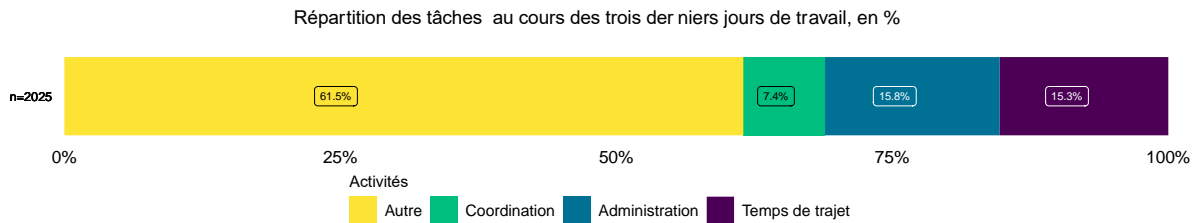
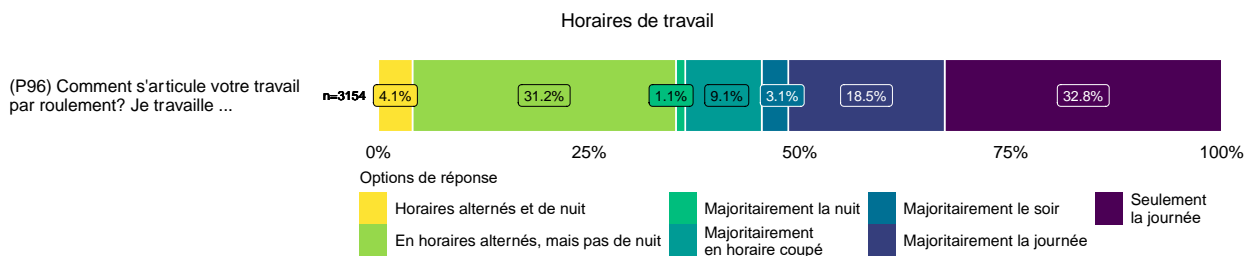


Figure 95 : Répartition des tâches au cours des trois derniers jours de travail, en % (point de vue du personnel)

15.4 Travail par roulement (point de vue du personnel)

32,8 % des collaborateur·rice·s ont indiqué qu'il·elle·s travaillaient « seulement la journée », contre 31,2 % « en horaires alternés (la journée, le soir, horaires coupés), mais pas de nuit » et 18,5 % « majoritairement la journée ». Il·elle·s étaient moins nombreux·ses à travailler « majoritairement la nuit » (1,1 %), « majoritairement le soir » (3,1 %) et « en horaires alternés (la journée, le soir, horaires coupés) et de nuit » (4,1 %) (voir Figure 96).



Note : nuit = entre 22h et 6h, jour = entre 6h et 18h, soir = entre 15h et 24h.

Figure 96 : Horaires de travail (point de vue du personnel)

Une autre question visait les heures de travail le week-end et les permanences : les collaborateur·rice·s ont déclaré travailler en médiane 2,0 week-ends (travail le samedi et/ou le dimanche) par mois [EI 1,0-2,0] et n'effectuer en médiane aucun service de permanence (sur appel depuis le domicile) par mois [EI 0,0-1,0].

Les collaborateur·rice·s ont indiqué qu'il·elle·s travaillaient en moyenne pendant une durée médiane de 0,5 jour de travail au bureau pour des tâches administratives par mois (nombre de jours de bureau indiqués) [EI 0,0-2,0]. 1 252 collaborateur·rice·s (49,6 %) (parmi ceux ayant déclaré travailler dans les soins directs / l'assistance) ont indiqué ne pas avoir de jours de bureau.

15.5 Heures supplémentaires (point de vue du personnel)

Plus d'un tiers (39,0 %) des collaborateur·rice·s ont répondu qu'il·elle·s ne faisaient « jamais » ou moins d'une fois « tous les 5-7 jours de travail » plus de 30 minutes d'heures supplémentaires. Un cinquième (20,0 %) des collaborateur·rice·s ont indiqué qu'il·elle·s effectuaient plus de 30 minutes d'heures supplémentaires une fois « tous les 5-7 jours de travail », et un quart (25,5 %) ont indiqué le faire « tous les 2-4 jours ». Enfin, 15,5 % des collaborateur·rice·s ont déclaré effectuer plus de 30 minutes d'heures supplémentaires presque à chaque période de travail (voir Figure 97).

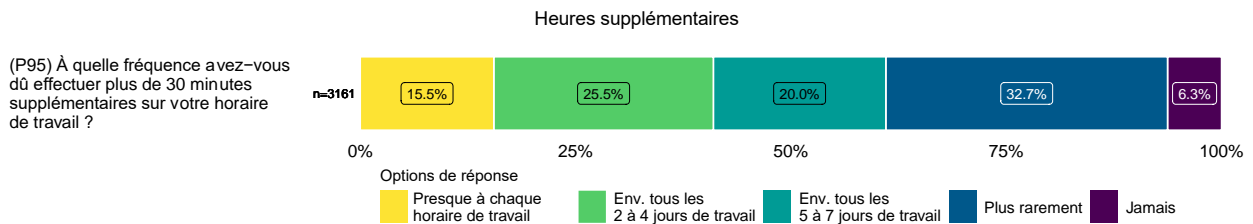


Figure 97 : Heures supplémentaires (point de vue du personnel)

« Il est nécessaire d'agir pour affiner le profil de rôle des responsables de cas. Les tâches administratives et de coordination sont peu perçues et peu valorisées dans la pratique. »

Azra Karabegovic

Infirmière en pratique avancée (APN)

Spitex Zürich

Il est frappant de constater à quel point les systèmes de personnes de référence sont peu appliqués dans la prise en charge directe des client·e·s. D'un point de vue pratique, il est important d'avoir suffisamment de responsables de cas, mais au-delà de la gestion du processus de soins, de l'organisation et de la coordination, il faut aussi des systèmes de personnes de référence implémentés dans la pratique directe, un rôle qui peut également être assumé par un·e assistant·e en soins et santé communautaire (ASSC). Du point de vue de la pratique, les tâches des responsables de cas sont pertinentes. Il serait intéressant de connaître le nombre de collaborateur·rice·s au bénéfice d'une formation de *case management* qui assument effectivement la gestion de cas dans les ASaD, ce qui n'apparaît pas clairement dans des résultats. Le nombre d'interventions par tournée est surprenant, tout comme la durée supérieure des trajets dans les organisations d'ASaD publiques, ce qui peut être lié à leur obligation de prise en charge. Il est également étonnant de constater que la proportion de personnel soignant qualifié est plus faible que les autres catégories professionnelles dans les organisations d'ASaD publiques, alors qu'en pratique j'observe souvent le contraire. Le nombre plus élevé de prestations A est compréhensible, car les organisations d'ASaD publiques utilisent plutôt des instruments d'évaluation standardisés comme l'interRAI HC. De même, le nombre d'heures supplémentaires n'est guère étonnant puisque les situations complexes ayant lieu à domicile ont fortement augmenté ces dernières années.

Les résultats sont très utiles pour le domaine de l'ASaD. D'une part, ils rendent compte du travail quotidien, par exemple du nombre d'heures supplémentaires. D'autre part, ils donnent un aperçu de la forme d'organisation, ce qui peut fournir des pistes importantes pour la planification future. Ce ne sont pas que les études qui montrent que les systèmes de personnes de référence ou le *case management*, par exemple, sont efficaces dans la prise en charge des client·e·s à domicile. Et pourtant, il ressort du présent rapport que les services d'ASaD ne couvrent pas suffisamment ces domaines. Les résultats ont donc le potentiel d'inciter à un changement de mentalité (qu'est-ce qui est judicieux dans la prise en charge par l'ASaD ?). Ils présentent également, pour la première fois, les tâches des responsables de cas. Même si le rôle des responsables est connu en pratique, il n'existe pas de profil de rôle clair. Les résultats pourraient contribuer à changer la situation.

Il est nécessaire d'agir pour affiner le profil de rôle des responsables de cas. Il apparaît qu'une part considérable de leurs activités implique des tâches administratives et de coordination. Souvent, cette part est peu perçue et peu valorisée en pratique. Cela se traduit par exemple par la faible moyenne du nombre de jours dédiés au travail de bureau. Une discussion s'impose en outre sur le renforcement des systèmes de personnes de référence sous l'angle des compétences et des diplômes (skill- et grade-mix) ainsi que sur la promotion du *case management* en tant que tâche de l'aide et des soins à domicile de



base. Enfin, la question de la charge du travail additionnel et des heures supplémentaires dans les soins à domicile mérite, elle aussi, d'être examinée.

16 Offres de l'organisation, exigences et satisfaction au travail

Le présent chapitre traite, d'une part, des offres des organisations à l'intention de leurs collaborateur-ric-e-s et, de l'autre, de la perception de la charge de travail (charge physique, charge psychique, p. ex.), de la satisfaction au travail et de l'intention de démissionner.

Résultats de SPOT^{nat} sur les offres de l'organisation pour les collaborateur-ric-e-s

16.1 Offres de l'organisation pour les collaborateur-ric-e-s (point de vue des directions)

Les organisations d'ASaD disposent de nombreuses possibilités pour rendre les emplois attrayants pour leurs collaborateur-ric-e-s. Les quatre offres les plus fréquemment citées étaient le temps partiel (97,7 %), le soutien aux formations continues externes (92,0 %), les habits de travail (88,6 %) et la formation continue interne (87,5 %). Les offres telles que l'entretien des voitures/vélos (28,4 %), les primes (21,6 %) ou les garderies/garde d'enfants (6,8 %) ont rarement été mentionnées. Environ la moitié des organisations d'ASaD ont indiqué proposer des jours de vacances supplémentaires — en plus de ceux prescrits par la loi (48,9 %) (voir Figure 98). À la rubrique « autres », les participant-e-s ont par exemple fait état de divers avantages (théâtre, fitness, physiothérapie, etc.), de boissons ou de cadeaux (ancienneté, Noël).

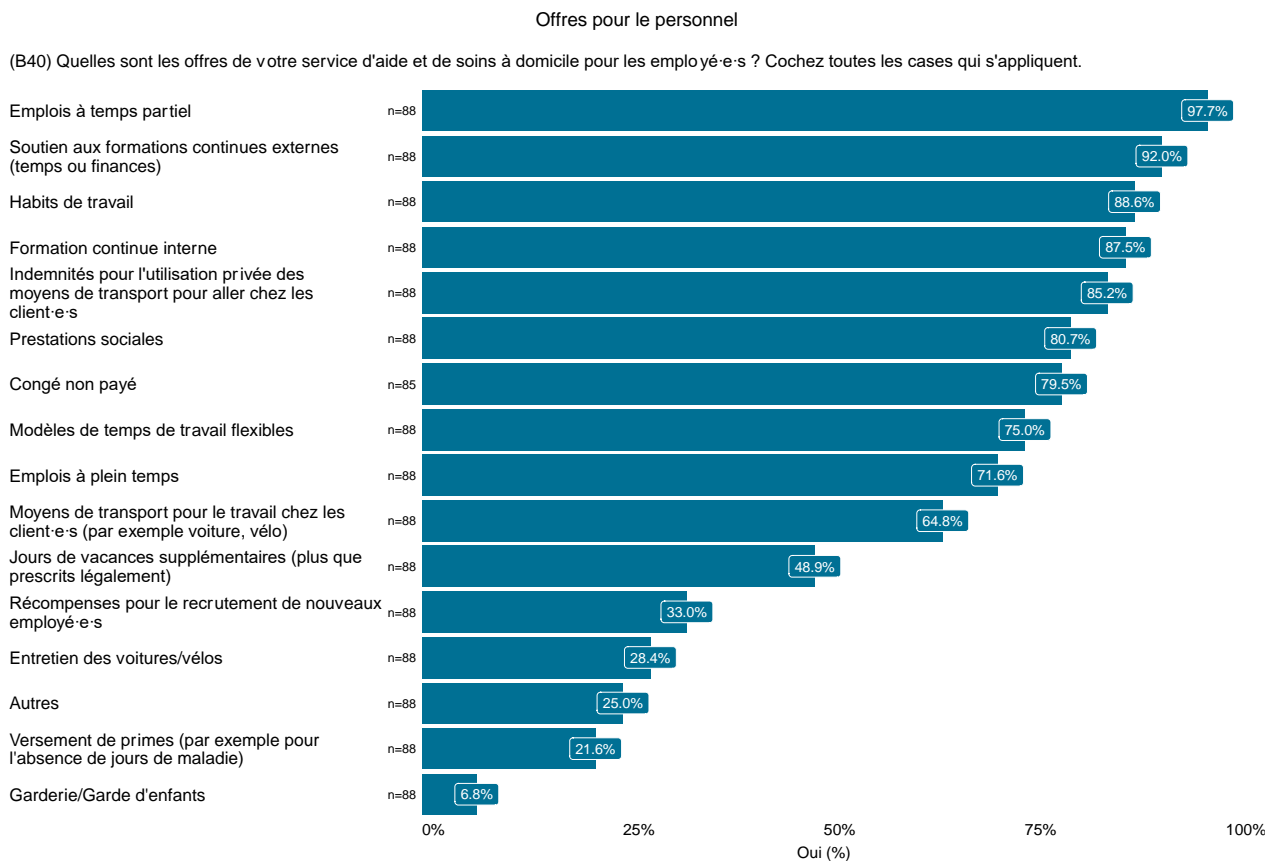


Figure 98 : Offres pour le personnel (point de vue des directions)

16.2 Perception de la charge de travail (point de vue du personnel)

La charge de travail désigne les efforts nécessaires pour accomplir les tâches de soins dans un temps donné [102]. On distingue généralement la charge de travail objective de la charge de travail subjective, cette dernière se référant à la perception des exigences posées par le travail [103].

Les recherches menées jusqu'à présent sur la question montrent que la perception de la charge de travail a une influence sur l'évolution de l'état de santé des patient-e-s ainsi que sur les équipes elles-mêmes. Ainsi, dans le domaine hospitalier, une charge de travail subjective élevée est corrélée à des événements indésirables tels que les escarres, les infections, les chutes ou les erreurs de médication chez les



patient·e·s ; dans le domaine de l'ASaD, une telle corrélation est constatée avec la sécurité de la médication [104]. De plus, la perception des exigences au travail semble avoir un impact sur la situation du personnel : des exigences plus élevées sont liées à une baisse de la satisfaction au travail, à une augmentation du sentiment d'épuisement psychique ou physique et à une plus grande probabilité de burnout [104-107].

Résultats de SPOT^{nat} sur la perception de la charge de travail

Les collaborateur·rice·s ont été interrogé·e·s sur leur ressenti de la charge de travail durant leur dernier jour de travail au moyen de sept items (de 1= bas à 20= haut) : la charge mentale, physique et émotionnelle, la pression du temps, l'effort, la frustration et la satisfaction quant à leur propre performance. Les collaborateur·rice·s ont répondu qu'il·elle·s étaient très satisfait·e·s de leur performance lors de leur dernier jour de travail (Md 17,0). La charge liée à l'activité mentale (Md 16,0) a été perçue comme la plus élevée (Md 16,0), tandis que la valeur la plus basse (Md 5,0) a été enregistrée pour la frustration) (voir Figure 99).

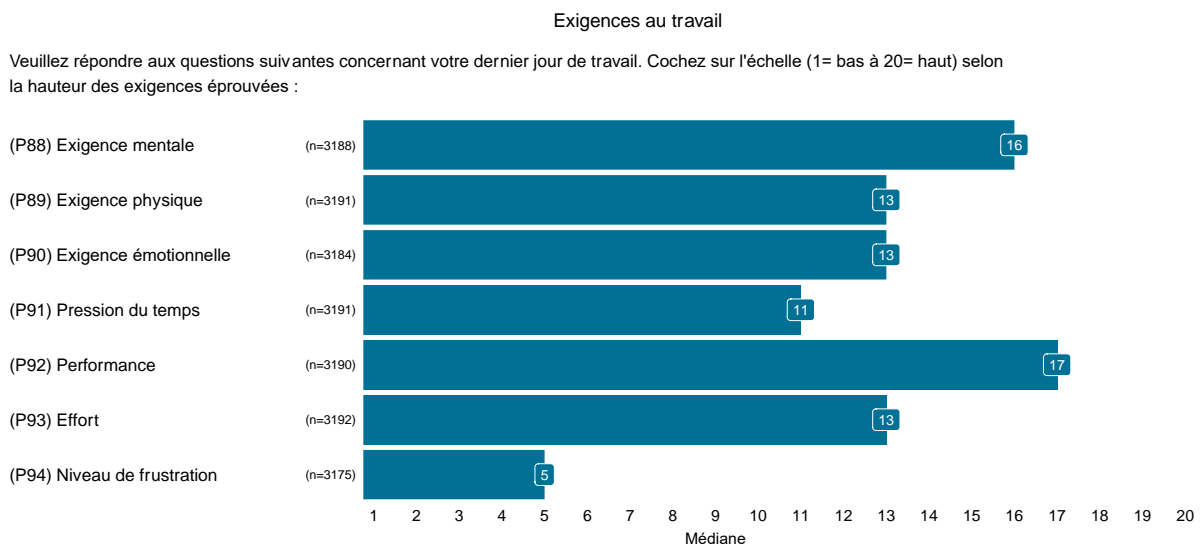
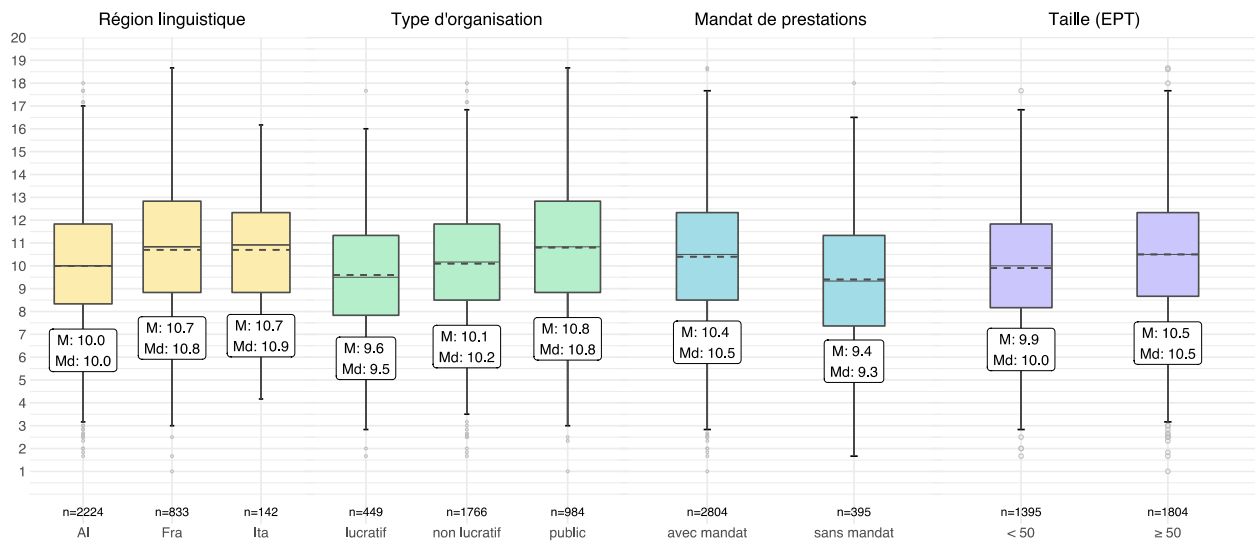


Figure 99 : Exigences au travail lors du dernier jour de travail (point de vue du personnel)

Six des sept items précités (Figure 99 — Items P88, P89, P91-P94) constituent ensemble l'échelle *National Aeronautics and Space Administration Task Load Index* (NASA-TLX) [1]. Celle-ci est calculée sur la base de la valeur moyenne des six items et mesure la charge de travail subjective lors du dernier jour de travail, sachant que plus la valeur est élevée, plus la charge est perçue comme étant élevée ; vous trouverez davantage d'informations dans l'appendice (Échelles — [Perception de la charge de travail](#)).

Sur l'ensemble des groupes, une légère tendance se dessine : les collaborateur·rice·s des organisations publiques, respectivement des organisations avec mandat de prestations, indiquent une charge de travail plus élevée que ceux des organisations comptant 50 EPT ou plus. Une légère différence est également observée entre les régions linguistiques alémanique (M 10,0), francophone (M 10,7) et italienne (M 10,7) (voir Figure 100).



Instrument : National Aeronautics and Space Administration Task Load Index (NASA-TLX) [1]

Légende : M = moyenne, Md = médiane, EPT = équivalent plein temps.

Al = région alémanique, Fra = région francophone, Ita = région italophone.

Lucratif = organisations privées à but lucratif, non lucratif = organisations privées à but non lucratif, public = organisations publiques.

<50 = moins de 50 EPT, ≥50 = 50 ou plus d'EPT.

Pour plus d'informations concernant la figure, voir [Informations concernant la présentation des résultats](#).

Figure 100 : Échelle NASA-TLX (perception de la charge de travail) (comparaison de groupes) (point de vue du personnel)

Calculée sur l'ensemble du personnel d'ASaD, l'échelle NASA-TLX (perception de la charge de travail) [1] affiche une médiane de 10,3 [EI 8,5-12,2] et une moyenne de 10,3 (ET 2,8). Comparée à l'étude MatchRN en milieux psychiatriques¹³ qui affichait une moyenne de 11,6 (ET 2,8), et l'étude MatchRN 2018 en milieu hospitalier¹⁴, qui affichait une moyenne de 11,3 (ET 2,9), SPOT^{nat} affiche donc la moyenne la plus faible.

16.3 Satisfaction au travail (point de vue du personnel)

La satisfaction au travail recouvre à la fois le ressenti d'un individu concernant son emploi, la nature de son travail et ses attentes vis-à-vis de son emploi [108]. La satisfaction au travail comporte donc différentes dimensions, telles que la perception des conditions de travail, la communication, la nature du travail, les directives et processus organisationnels, le salaire, les possibilités d'évolution de carrière, la reconnaissance, la sécurité et les relations avec les supérieur·e·s [108, 109]. La satisfaction au travail est fortement corrélée à l'intention de rester dans l'organisation [110-112].

Résultats de SPOT^{nat} sur la satisfaction au travail

Au total, sept items de SPOT^{nat} avaient trait à la satisfaction au travail. Les collaborateur·rice·s ont indiqué la plus grande satisfaction concernant les « possibilités d'offrir aux client·e·s les soins dont il·elle·s ont besoin » (94,2 % de collaborateur·rice·s « très satisfait·e·s » ou « satisfait·e·s ») et sur « la manière dont leurs compétences sont utilisées » (89,2 % de collaborateur·rice·s « très satisfait·e·s » ou « satisfait·e·s »). En comparaison, la satisfaction concernant le salaire était moindre, avec 60,4 % de collaborateur·rice·s « satisfait·e·s » ou « très satisfait·e·s ».

¹³ <https://matchrnpsychiatrie.nursing.unibas.ch>. Ces données de MatchRN Psychiatrie ne sont pas publiées et ont été calculées pour le présent rapport.

¹⁴ <https://matchrn.unibas.ch>. Ces données de MatchRN ne sont pas publiées et ont été calculées pour le présent rapport.

Interrogé·e·s sur leur satisfaction quant à leur travail dans son ensemble, en prenant en considération tous les aspects, les collaborateur·rice·s étaient 90,5 % à se dire « satisfait·e·s » ou « très satisfait·e·s » (voir Figure 101).

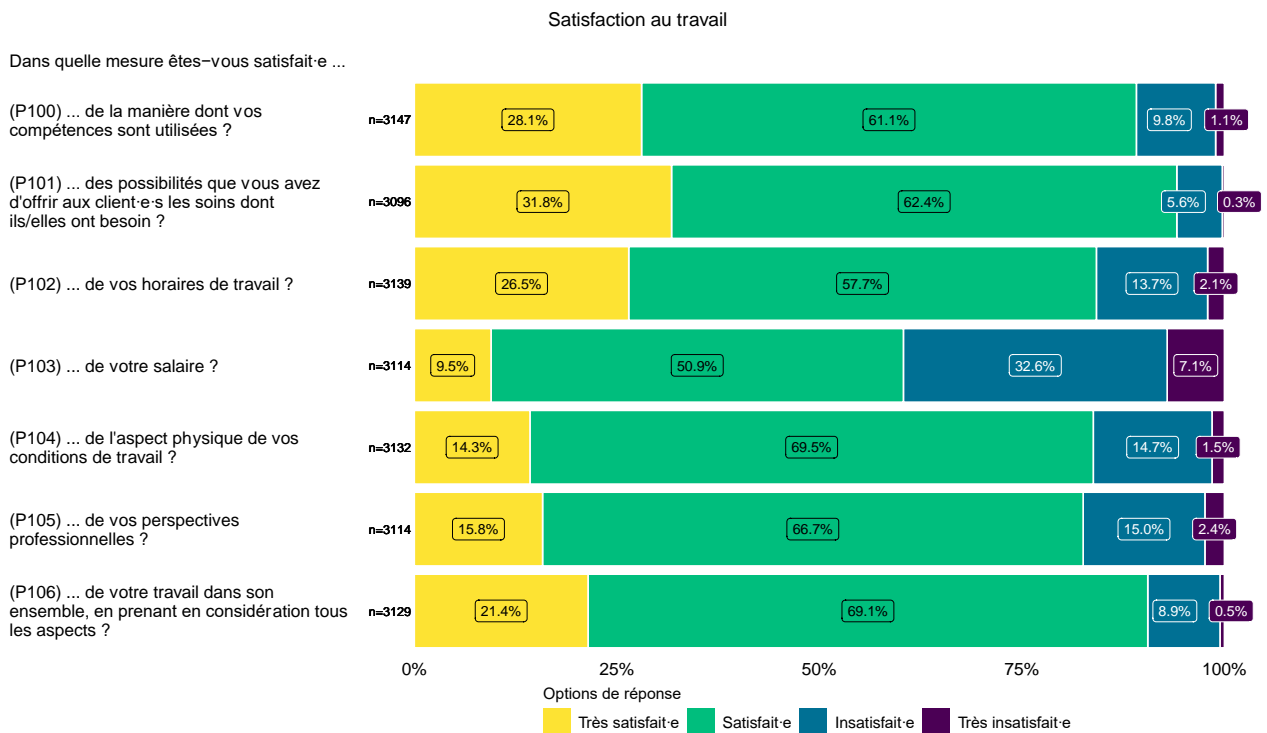


Figure 101 : Satisfaction au travail (point de vue du personnel)

Environ la moitié (51,3 %) des collaborateur·rice·s recommanderaient avec certitude leur service d'ASaD comme un bon lieu de travail, et plus d'un tiers (38,1 %) le recommanderaient « probablement » (voir Figure 102).

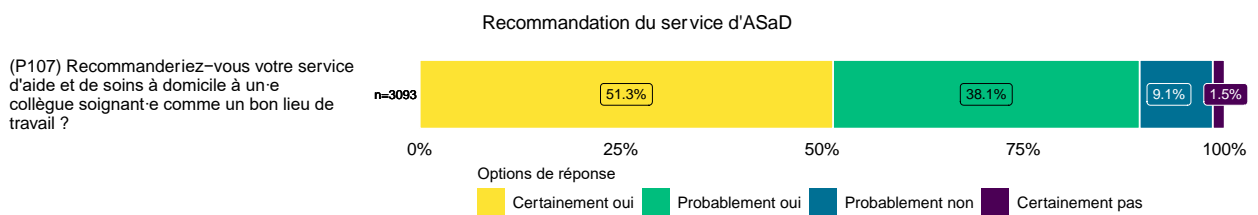


Figure 102 : Recommandation du service d'ASaD comme un bon lieu de travail (point de vue du personnel)

16.4 Intention de démissionner (point de vue du personnel)

L'intention de démissionner désigne l'intention ou la prédisposition d'un·e collaborateur·rice à quitter l'organisation qui l'emploie [113]. Le départ de collaborateur·rice·s entraîne généralement une perte de savoir implicite et peut engendrer des problèmes de continuité, par exemple dans l'accompagnement de client·e·s atteint·e·s d'une maladie chronique [114]. Une démission entraîne des coûts supplémentaires pour l'organisation et peut avoir une influence négative sur la qualité des soins [109, 112]. Les collaborateur·rice·s sont plus susceptibles de rester dans une organisation s'il·elle·s peuvent offrir une bonne continuité dans les soins et des soins de qualité, s'il·elle·s ont de bonnes relations avec leurs supérieur·e·s, si le travail est varié, s'il existe un bon équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée et s'il·elle·s sont satisfait·e·s de leur salaire [112].



Résultats de SPOT^{nat} sur l'intention de démissionner

Au total, près de la moitié (47,4 %) des collaborateur·rice·s participant·e·s ont répondu qu'il·elle·s avaient l'intention de rester dans leur organisation pour les 12 mois à venir. Environ deux tiers (68,8 %) ont indiqué qu'il·elle·s n'étaient absolument pas à la recherche d'un nouvel emploi et une petite majorité (52,7 %) a répondu « pas du tout d'accord » ou « plutôt pas d'accord » à l'affirmation « Je vais probablement chercher un nouveau poste l'année prochaine » (voir Figure 103).

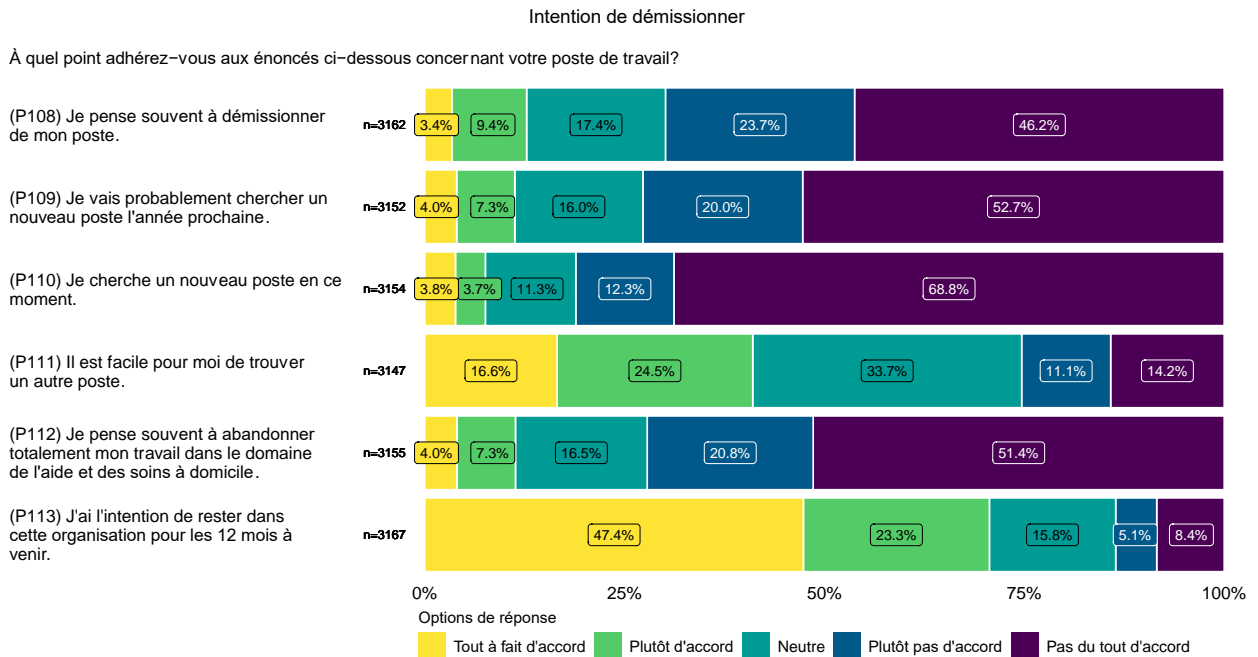


Figure 103 : Intention de démissionner (point de vue du personnel)



« Les organisations d'ASaD reçoivent en majorité des retours positifs s'agissant de l'aménagement du lieu de travail. Cependant, près de 40 % des collaborateur·rice·s sont insatisfait·e·s de leur salaire. »

Gabriela Bolliger

Infirmière diplômée et directrice
bolliger-gesundheitsmanagement

Plusieurs aspects ressortent des résultats : bien que la médiane pour les « contraintes temporelles » se soit établie à 11, la médiane de 17 indique que les collaborateur·rice·s étaient satisfait·e·s de leurs prestations. Cette grande satisfaction pourrait tenir à une bonne planification des interventions auprès de la clientèle, ce que corroboreraient les bons résultats ayant trait à la satisfaction au travail, notamment s'agissant de « la manière dont les compétences sont utilisées » et des « possibilités d'offrir aux client·e·s les soins dont il·elle·s ont besoin ».

Il est surprenant de constater que la perception de la charge de travail dans l'ASaD est évaluée comme étant moins élevée que dans les milieux psychiatrique et hospitalier. Une hypothèse pourrait être que le personnel d'ASaD assume déjà depuis longtemps les tâches complexes liées aux soins du ou de la client·e, et que ce travail très exigeant lui semble dès lors moins pénible. Il est habitué à accomplir ces tâches complexes et les exécute de manière routinière.

Le fait que 90,5 % des collaborateur·rice·s d'ASaD se soient déclaré·e·s satisfait·e·s de leur travail est un résultat réjouissant, au même titre que les plus de 80 % de collaborateur·rice·s qui recommanderaient leur service comme un bon lieu de travail. Cela signifie que les organisations d'ASaD obtiennent majoritairement une évaluation positive quant à la manière dont elles organisent le travail.

Les résultats attirent l'attention sur des aspects importants dont il faut tenir compte concernant la situation du personnel. Quand bien même la frustration au travail a obtenu la valeur la plus basse, cet aspect ne doit pas être sous-estimé : un·e collaborateur·rice sur quatre éprouve de la frustration dans son travail ; cette frustration peut se répercuter sur la performance et inciter la personne à démissionner.

Le taux de satisfaction au travail élevé du personnel ne doit pas inciter à ignorer les collaborateur·rice·s insatisfait·e·s et très insatisfait·e·s. Les indications données par les collaborateur·rice·s sur leur intention de démissionner sont parlantes : seule la moitié des collaborateur·rice·s ont indiqué qu'il·elle·s avaient la ferme intention de rester dans leur service d'ASaD pour l'année à venir. Les indications des collaborateur·rice·s qui ont répondu qu'il·elle·s allaient probablement chercher un nouvel emploi au cours de l'année à venir coïncident avec les réponses « Je pense souvent à abandonner totalement mon travail dans l'ASaD ». Cela pourrait signifier que ces collaborateur·rice·s ont l'intention de travailler « à l'avenir » dans un autre domaine que l'ASaD ou d'abandonner totalement leur activité de soins.

Le rapport montre qu'il est important de prêter attention aux besoins des collaborateur·rice·s. Près de 40 % d'entre eux ou elles déclarent être insatisfait·e·s de leur salaire. De plus, un quart déclare travailler sous la pression du temps. Dans ce contexte, les offres mentionnées, telles que le travail à temps partiel ou les possibilités de formation continue, ne suffisent pas à fidéliser durablement les collaborateur·rice·s à l'ASaD. Réduire le temps de travail hebdomadaire en maintenant le salaire pourrait avoir un effet positif sur la fidélisation du personnel, qui aurait davantage de temps de repos sans perte financière. Ce changement pourrait permettre de recruter du personnel et de le fidéliser davantage, à une époque où la plupart des organisations d'ASaD manquent d'effectifs. Accorder plus de temps libre en maintenant le salaire pourrait être un premier pas dans cette direction. Il s'agit aussi indirectement d'augmenter le salaire. Certaines organisations manquant également de personnel qualifié ont déjà initié ce changement.

17 Santé du personnel

Le chapitre 17 présente les résultats concernant l'absentéisme et le présentéisme, la santé au travail, les signes de burnout et la relation entre le travail et la vie privée.

17.1 Absentéisme et présentéisme (point de vue du personnel)

L'absentéisme fait référence à toute absence du travail, qu'elle soit justifiée ou non [115]. Les causes les plus fréquentes d'absences du travail sont les maladies bénignes, aiguës ou chroniques, telles que des troubles musculo-squelettiques ou gastro-intestinaux, ainsi que le stress et les problèmes psychologiques [116]. Le présentéisme désigne quant à lui la présence des collaborateur·rice·s au travail alors qu'il·elle·s ne se sentent pas bien et ne sont pas pleinement opérationnel·le·s [116].

Pour une organisation, l'absentéisme et le présentéisme sont synonymes de réduction des prestations de travail, d'une altération de l'attitude de travail et de coûts supplémentaires [115]. En 2020, le potentiel économique inexploité généré par le présentéisme se chiffrait à 5,5 milliards de francs, tandis que la perte de productivité occasionnée par l'absentéisme se chiffrait à 2,2 milliards de francs [117].

Résultats de SPOT^{nat} sur l'absentéisme et présentéisme

Environ 54 % des collaborateur·rice·s ayant participé à l'étude SPOT^{nat} ont estimé avoir été absent·e·s de leur travail au moins un jour en 2020 pour cause de maladie. À l'inverse, 41,3 % des collaborateur·rice·s ont indiqué avoir travaillé au moins un jour en 2020 alors qu'il·elle·s ne se sentaient pas capables de travailler. Près d'un tiers (32,4 %) des collaborateur·rice·s sont allé·e·s travailler entre 1 et 9 jours en 2020 alors qu'il·elle·s étaient malades et ne se sentaient pas capables de travailler, et un pourcentage similaire des collaborateur·rice·s (31,1 %) ont indiqué avoir été absent·e·s de leur travail entre 1 et 9 jours en 2020 pour cause de maladie. 22,5 % des collaborateur·rice·s ont été absent·e·s 10 jours ou plus pour cause de maladie, et 8,9 % des collaborateur·rice·s ont travaillé 10 jours ou plus alors qu'il·elle·s étaient malades et ne se sentaient pas capables de travailler (voir Figure 104).

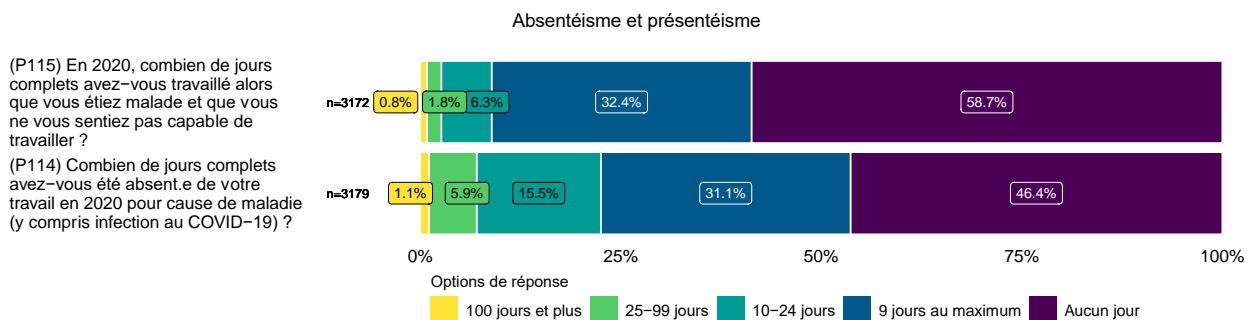


Figure 104 : Absentéisme et présentéisme (point de vue du personnel)

17.2 Santé au travail (point de vue du personnel)

Le personnel d'ASaD a été invité à répondre à quatre items sur la santé au travail. En se référant aux quatre dernières semaines, plus de deux tiers (70,4 %) des collaborateur·rice·s ont indiqué avoir « un peu » ou « beaucoup » souffert d'un sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude/fatigue et de manque d'énergie, et deux tiers (66,8 %) ont déclaré avoir eu mal au dos ou aux reins.

Environ la moitié (51,8 %) des collaborateur·rice·s ont eu « un peu » ou « beaucoup » de difficultés à s'endormir ou ont souffert d'insomnies, tandis que 50,2 % ont ressenti « un peu » ou « beaucoup » de douleurs dans les membres ou dans les articulations au cours des quatre dernières semaines (voir Figure 105).

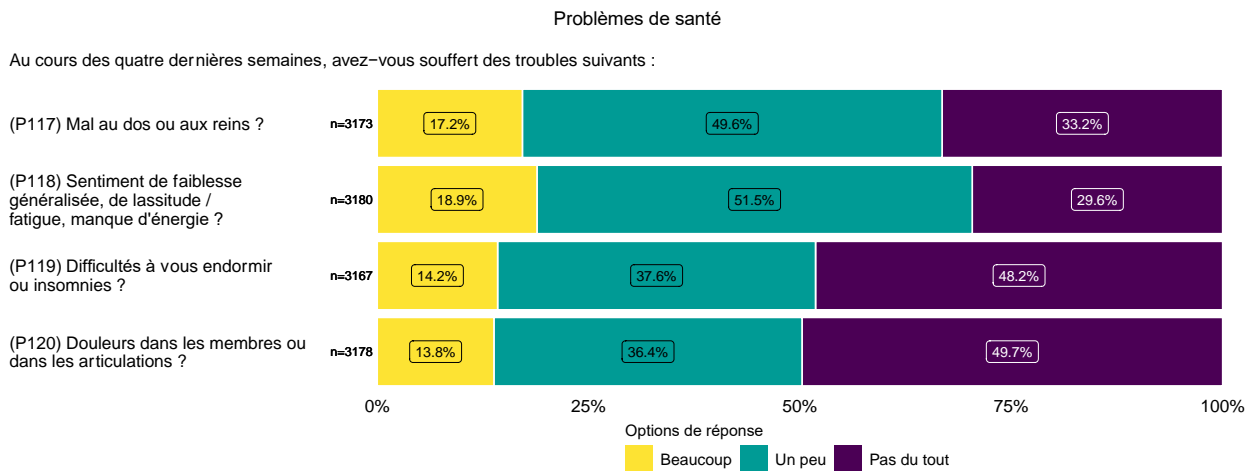


Figure 105 : Problèmes de santé au cours des quatre dernières semaines (point de vue du personnel)

En comparaison, dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé 2017, 38,0 % des hommes et 48,6 % des femmes ont répondu avoir eu « un peu » ou très mal au dos ou aux reins au cours des quatre dernières semaines, et 33,3 % des hommes et 49,5 % des femmes ont déclaré avoir un peu ou beaucoup souffert d'un sentiment de faiblesse généralisée [118].

Par le biais d'un item, les collaborateur·rice·s ont été prié·e·s d'évaluer à quel point les troubles mentionnés étaient en lien avec leur travail. Environ deux cinquièmes (41,9 %) des collaborateur·rice·s ont estimé que leurs troubles étaient liés « à 60 % » ou plus à leur travail (voir Figure 106).

Sur une échelle de 0 = « totalement inapte au travail » à 10 = « meilleure capacité de travail », la médiane des collaborateur·rice·s s'est inscrite à 9,0 (EI 8,0-10,0).

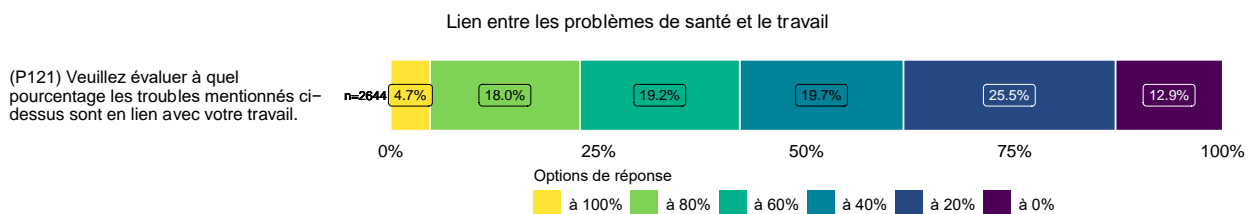


Figure 106 : Lien entre les problèmes de santé et le travail (point de vue du personnel)

17.3 Burnout (point de vue du personnel)

Le burnout peut être défini comme un état d'épuisement physique, émotionnel et mental provoqué par une implication à long terme dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel [119]. Selon Promotion Santé Suisse, près d'un tiers des personnes actives (28,7 %) en Suisse étaient épuisées émotionnellement en 2020 [117]. La littérature spécialisée établit une corrélation négative entre l'épuisement émotionnel du personnel infirmier d'une part, et la qualité et la sécurité des soins, la satisfaction des patient·e·s, l'engagement vis-à-vis de l'organisation et la productivité, d'autre part [120].

Résultats de SPOT^{nat} sur le burnout

Pour les six items de l'étude SPOT^{nat} consacrés au burnout, plus de trois quarts (77,0 %) des collaborateur·rice·s ont indiqué se sentir « parfois », « souvent » ou « toujours » fatigué·e·s, tandis que 56,6 % étaient physiquement épuisé·e·s. La moitié des collaborateur·rice·s (51,7 %) ont répondu être « parfois », « souvent », voire « toujours » épuisé·e·s émotionnellement. Parmi les répondant·e·s, 43,4 % se sentaient épuisé·e·s, suivi du sentiment d'être à bout (« Je n'en peux plus »), était éprouvé par 27,7 % des collaborateur·rice·s, et 22,5 % se sentaient « faibles et susceptibles de tomber malade » (voir Figure 107).

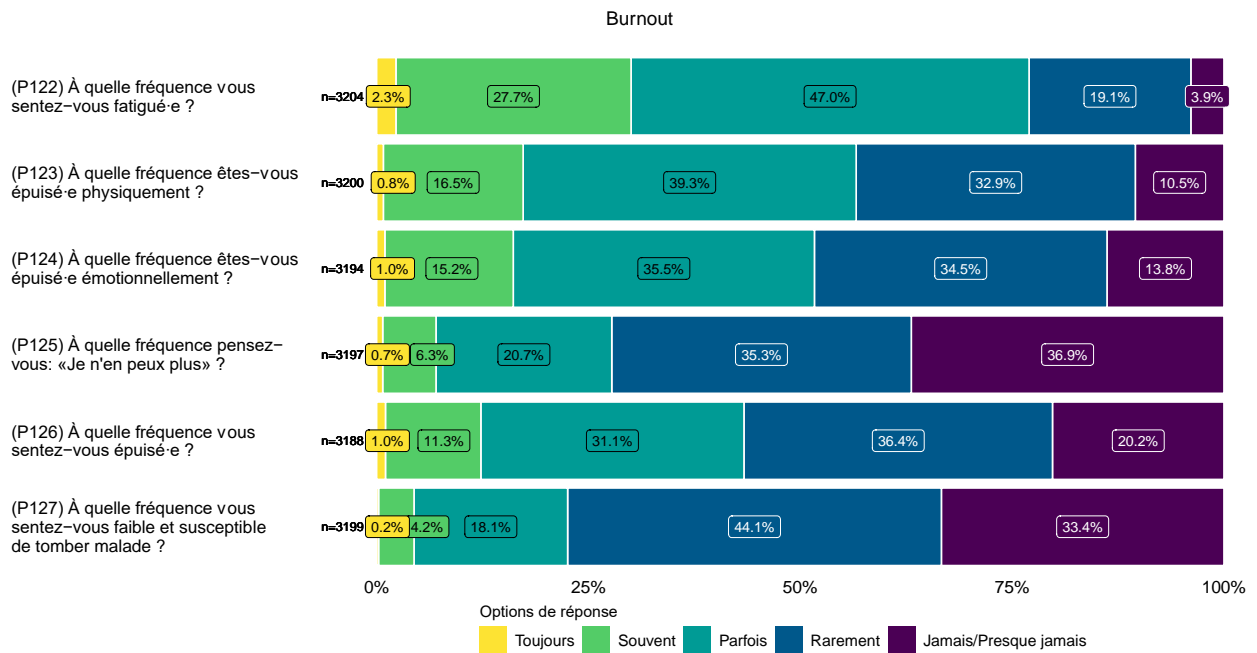
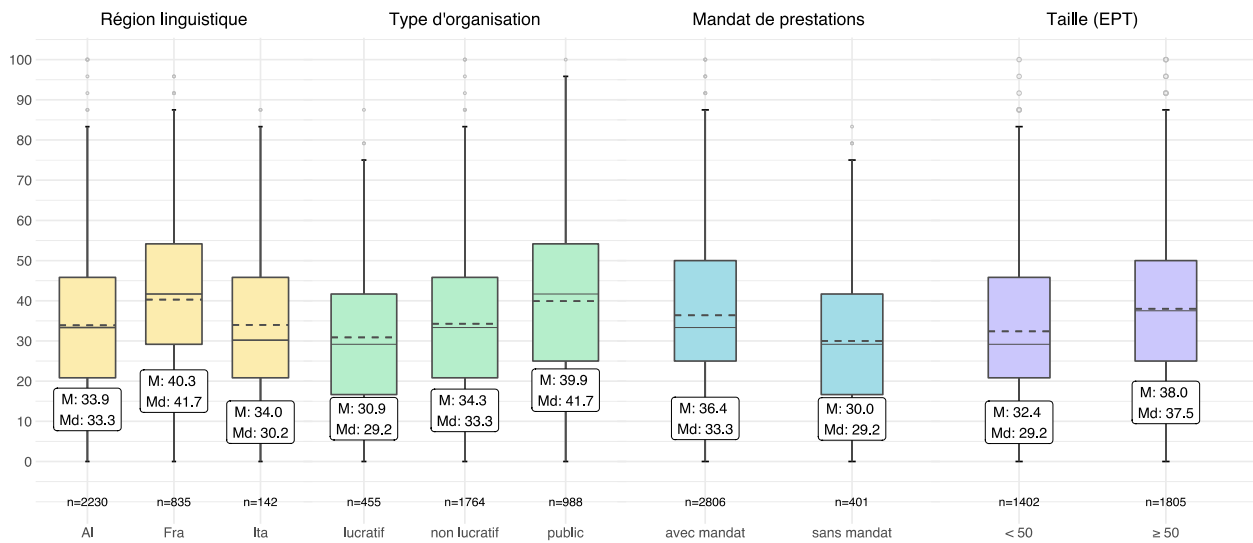


Figure 107 : Burnout (point de vue du personnel)

Les six items ci-dessus (Figure 107) constituent ensemble l'échelle *Personal Burnout*, de l'instrument *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) [121]. Cette échelle mesure le burnout personnel comme le degré de fatigue et d'épuisement physique et psychologique ressenti par une personne. Le score de l'échelle correspond à la valeur moyenne des six items (allant de la réponse 0 — « jamais » à 100 — « toujours »), sachant que plus le score est élevé, plus le degré de burnout est sévère (fréquence élevée des états cités) ; vous trouverez de plus amples informations au sujet de l'échelle dans l'appendice (Échelles — Burnout).

Lorsque l'on examine la perception du personnel d'ASaD dans les quatre groupes de la Figure 108, des différences sont visibles dans tous les groupes. En Suisse romande, la valeur moyenne du burnout (M 40,3) était plus élevée qu'en Suisse italienne (M 34,0) et qu'en Suisse alémanique (M 33,9). La valeur moyenne du burnout dans les organisations publiques (M 39,9) était supérieure à celle des organisations privées à but non lucratif (M 34,3), des organisations privées à but lucratif (M 30,9), des organisations avec mandat de prestations (M 36,4) ou des organisations comptant au moins 50 EPT (M 38,0).



Instrument : *Copenhagen Burnout Inventory*, *Échelle Personal Burnout* [121]

Légende : M= moyenne, Md= médiane, EPT= équivalent plein temps.

Al = région alémanique, Fra = région francophone, Ita = région italophone.

Lucratif = organisations privées à but lucratif, non lucratif = organisations privées à but non lucratif, public = organisations publiques.

<50 = moins de 50 EPT, ≥50 = 50 ou plus d'EPT.

Pour plus d'informations concernant la figure, voir [Informations concernant la présentation des résultats](#).

Figure 108 : *Échelle CBI — Personal Burnout (comparaison de groupes) (point de vue du personnel)*

Calculée sur l'ensemble du personnel d'ASaD, l'échelle *Personal Burnout* [121] a obtenu une médiane de 33,3 (EI 20,8-50,0) et une valeur moyenne de 35,6 (ET 18,4).

17.4 Équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée (point de vue du personnel)

L'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée a été évalué au moyen de huit items. Au cours des 7 derniers jours de travail, la majorité des collaborateur·rice·s ont indiqué n'avoir « jamais » ou « presque jamais » sauté un repas (67,1 %), dormi moins de cinq heures par nuit (63,9 %) ou travaillé en continu, sans pause (58,9 %). En revanche, 39,5 % des collaborateur·rice·s ont répondu être « toujours » ou « parfois » rentré·e·s plus tard que prévu et 16,1 % ont « toujours » ou « parfois » changé leurs plans personnels/familiaux au cours des 7 derniers jours de travail. Plus d'un quart des participant·e·s (27,9 %) ont « toujours » ou « parfois » ressenti de la frustration lors de l'utilisation d'outils informatiques au cours des sept derniers jours de travail (voir Figure 109).

Équilibre entre le travail et la vie privée

Au cours des 7 derniers jours de travail, combien de fois, à cause du travail avez-vous / êtes-vous ...

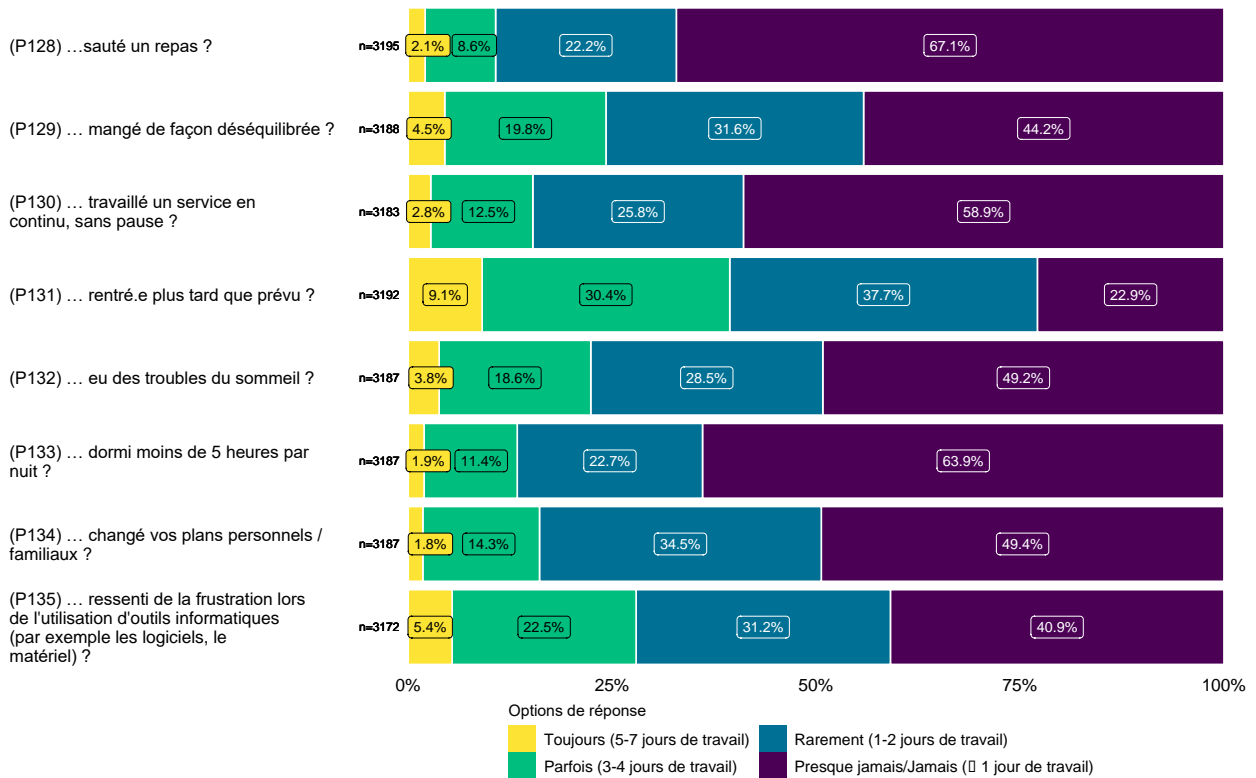
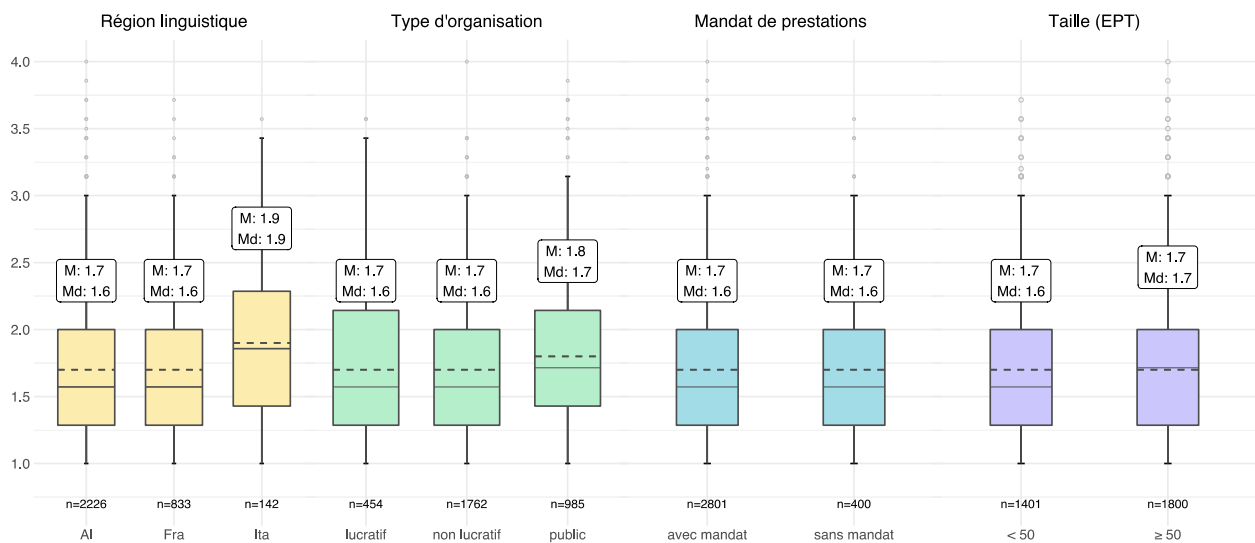


Figure 109 : Équilibre entre le travail et la vie privée (point de vue du personnel)

Les sept items ci-dessus constituent ensemble l'échelle *Work-life climate* [122] (Figure 109 — P128-P134 ; le dernier item P135 « utilisation d'outils informatiques » est habituellement aussi mesuré avec l'échelle, mais n'a pas été inclus dans le calcul de l'échelle en raison de l'analyse psychométrique). L'échelle reflète les normes d'autogestion de sa santé (*self-care*) et de sa vie professionnelle, c'est-à-dire le rapport entre la vie professionnelle et la vie privée des individus. Le score de l'échelle correspond à la valeur moyenne des sept items (allant de la réponse 1 — « jamais / presque jamais » à 4 — « toujours »), sachant que plus le score est élevé, plus l'équilibre entre le travail et la vie privée est mauvais. Vous trouverez de plus amples informations au sujet de l'échelle dans l'appendice (Échelles — *Work-life climate*).

La Figure 109 met en lumière des différences entre la région italophone (M 1,9) et les régions alémanique et francophone (toutes deux M 1,7), avec un rapport entre travail et vie privée perçu comme légèrement moins bon.



Instrument : *Work-life climate scale* [122]

Légende : M = moyenne, Md = médiane, EPT = équivalent plein temps.

Al = région alémanique, Fra = région francophone, Ita = région italophone.

Lucratif = organisations privées à but lucratif, non lucratif = organisations privées à but non lucratif, public = organisations publiques.

<50 = moins de 50 EPT, ≥50 = 50 ou plus d'EPT.

Pour plus d'informations concernant la figure, voir [Informations concernant la présentation des résultats](#).

Figure 110 : *Échelle Work-life-climate (comparaison de groupes) (point de vue du personnel)*

Pour l'ensemble du personnel d'ASaD, le calcul sur l'échelle *Work-life climate* [122] établit une médiane de 1,6 [EI 1,3-2,0] et une valeur moyenne de 1,7 (ET 0,5).

« Il vaut la peine d'investir dans un environnement de travail sain, qui se révélera certainement un atout de taille pour lutter contre la pénurie de personnel qualifié. »

Rita Buchli

Psychologue du travail et des organisations, MSc

Rita Buchli GmbH

Les résultats de SPOT^{nat} concernant la santé physique montrent, pour toutes les questions comparables (douleurs au dos ou aux reins, faiblesse générale, difficultés à s'endormir ou insomnies), en moyenne des valeurs moins bonnes que celles de l'Enquête suisse sur la santé 2017 [118], qui représente l'ensemble de la population. De plus, le personnel d'ASaD se sent nettement plus souvent épuisé que la moyenne suisse : une personne sur deux, contre une personne sur trois.

Près de 90 % des personnes interrogées ont établi un lien plus ou moins fort entre leurs problèmes de santé et leur travail. Le constat selon lequel le travail nuit à la santé du personnel d'ASaD et le fait que les valeurs ayant trait à la santé sont plus mauvaises pour le personnel d'ASaD que pour l'ensemble de la population pointent la nécessité d'agir.

Deux cinquièmes des personnes interrogées ont déjà travaillé, alors qu'elles étaient malades. Près de 9 % ont travaillé au moins deux semaines en étant malades, et presque 1 % a travaillé pendant au moins la moitié de l'année en étant malade. Si ces résultats témoignent d'un engagement élevé vis-à-vis de l'organisation et d'une grande solidarité à l'égard des collègues, ils indiquent également un volume de travail élevé et une forte intensification du travail, deux facteurs de risque de présentéisme et de maladies consécutives au stress.



Le présentéisme comporte des risques qui, du point de vue économique, sont nettement plus importants que l'absentéisme. Les employé-e-s qui se rendent au travail alors qu'il-elle-s ne sont pas en bonne santé psychique ou physique sont moins performant-e-s, commettent plus d'erreurs et peuvent potentiellement subir ou causer plus d'accidents. Ces personnes sont plus susceptibles d'être émotionnellement instables, ce qui peut générer des conflits dans l'équipe. Non seulement le climat organisationnel s'en trouve affecté, mais la gestion devient plus complexe.

Pour atténuer les conséquences du stress, comme la baisse de la satisfaction au travail et le développement de maladies psychiques et physiques chroniques, il est important de connaître la charge qui pèse sur les collaborateur-ric-e-s au travail et les ressources à leur disposition, et de prendre les mesures nécessaires pour équilibrer les deux. La collecte de ces informations par le biais d'une démarche participative est certes coûteuse, mais elle est essentielle au développement durable d'un environnement de travail sain. Il s'agit là d'un investissement rentable, puisque des collaborateur-ric-e-s satisfait-e-s et en bonne santé devraient être un atout de taille pour lutter contre la pénurie de personnel qualifié.

18 Violence des client·e·s envers les collaborateur·rice·s de services d'ASaD

Le phénomène répandu de la violence des client·e·s envers les collaborateur·rice·s d'ASaD peut prendre diverses formes. Les collaborateur·rice·s peuvent être victimes de violence verbale (cris, insultes, paroles discriminatoires, etc.), physique (bousculades, griffures, coups, jets de fluides corporels, etc.) ou sexuelle (gestes obscènes, étreintes non consenties, attouchements des parties intimes, etc.), de l'endommagement ou de la perte de matériel personnel ou de travail, ou encore des agressions par des animaux de compagnie [123, 124]. Une méta-analyse sur le thème de la violence au travail dans le domaine de l'ASaD, comprenant des études menées aux États-Unis, au Japon, en Israël, en Australie et au Canada, a révélé qu'en moyenne, au cours des 12 derniers mois, 10 % des collaborateur·rice·s d'ASaD étaient victimes de violence physique et 36 % de violence non physique [125].

Le personnel soignant est la catégorie professionnelle la plus touchée par la violence dans le monde, ce qui peut avoir une incidence sur la santé des collaborateur·rice·s [124, 126]. Cette charge supplémentaire influe également sur l'intention de démissionner ou la satisfaction au travail des collaborateur·rice·s [124, 126]. Une étude réalisée en Suisse montre que la formation à la gestion des agressions (p. ex. une formation visant à renforcer la capacité à engager le dialogue avec les client·e·s montrant un comportement agressif) ainsi que le soutien des supérieur·e·s et des collègues de l'équipe peuvent contribuer à réduire les émotions négatives ou le stress après des incidents violents [124]. Le présent chapitre porte sur les résultats de SPOT^{nat} concernant la violence des client·e·s envers les collaborateur·rice·s d'ASaD.

Résultats de SPOT^{nat} sur la violence envers les collaborateur·rice·s de services d'ASaD (point de vue du personnel)

Les réponses des collaborateur·rice·s participant·e·s ont révélé que ce sont les comportements agressifs verbaux de la part des client·e·s envers le personnel qui sont les plus fréquents. La majorité du personnel (69,1 %) a indiqué avoir été confronté à des violences verbales au moins une fois au cours de l'année écoulée. Près d'un quart a indiqué avoir subi des agressions physiques (24,1 %) ou sexuelles (22,4 %) par des client·e·s au moins une fois durant la dernière année (voir Figure 111).

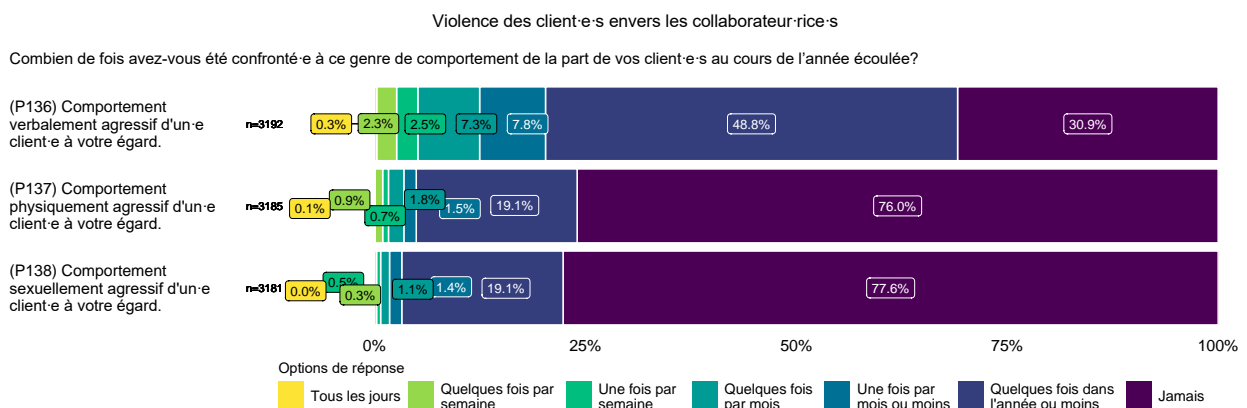


Figure 111 : Violence des client·e·s envers les collaborateur·rice·s du service d'ASaD (point de vue du personnel)

Seul·e·s les collaborateur·rice·s ayant répondu à toutes les questions sur les agressions subies avec un minimum d'une agression au cours de l'année écoulée ont répondu aux items suivants. Moins de la moitié (44,7 %) a indiqué avoir « toujours » rapporté ces incidents aux supérieur·e·s ou à un service responsable au sein du service d'ASaD. La majorité (53,1 %) a estimé que, de leur point de vue, les mesures nécessaires avaient « toujours » été prises (voir Figure 112).

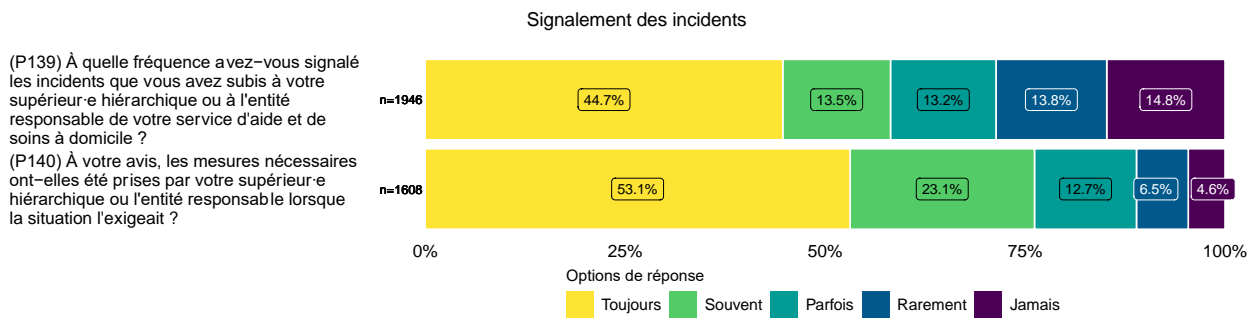


Figure 112 : Signalement des agressions de la part de client-e-s envers les collaborateur-ric-e-s (point de vue du personnel)

« Les résultats de l'étude sur la violence à l'égard du personnel d'ASaD sont alarmants. Nous avons besoin d'une gestion des agressions qui inclut la prévention, la capacité à réagir aux situations menaçantes et le suivi attentif des cas. »

Majbritt Jensen

Infirmière en pratique avancée APN, MScN
Spitex Zürich AG (jusqu'au 31 août 2022)

Bien que je ne sois malheureusement pas particulièrement surprise, cette étude montre de manière inquiétante à quel point les collègues travaillant dans les soins à domicile sont exposé-e-s à la violence et aux comportements agressifs. Ce sont plus de 700 personnes qui subissent des violences physiques ou sexuelles durant leur travail de tous les jours, et près de 70 % des personnes interrogées (plus de 2 200 personnes) sont confrontées à des agressions verbales.

Personnellement, je trouve que les résultats relatifs au suivi et à la gestion de ces situations sont alarmants : 1 situation sur 10 n'a pas fait l'objet d'un suivi. Ce sont plus de 170 collègues qui sont concerné-e-s. À cela s'ajoutent les quelque 300 collègues qui ne signalent pas les cas de ce type.

L'étude révèle malheureusement très clairement que les agressions et la violence sont des phénomènes fréquents dans le domaine de l'ASaD. Je suis favorable à ce que les résultats soient communiqués au personnel et aux organisations. Parler de ce sujet en toute transparence peut alléger la charge ressentie par chacun-e.

Les résultats peuvent être utilisés par l'ensemble des organisations d'ASaD, afin d'indiquer des exemples concrets de soutien aux services concernés.

Comme les auteur-ric-e-s de l'étude l'ont relevé, la littérature fait d'ores et déjà état de cas dans lesquels la gestion des agressions a porté ses fruits. Il faut s'attacher à créer un environnement de travail aussi sûr que possible, pour les collaborateur-ric-e-s concerné-e-s, bien entendu, mais également compte tenu de la fluctuation croissante du personnel soignant.

Il est à mon sens impératif de mettre en place une gestion des agressions qui couvre à la fois la prévention et la capacité à réagir dans les situations à risque, mais aussi le suivi minutieux des cas. Il existe déjà quelques expériences et résultats dans le domaine de la santé et du social en Suisse. Il me semblerait judicieux d'en examiner la transférabilité et l'application dans le cadre d'interventions à domicile.



19 Financement des prestations d'aide et de soins à domicile

En Suisse, depuis l'introduction du nouveau régime de financement des soins en 2011, le financement des prestations d'aide et de soins à domicile dans le domaine de l'assurance maladie repose sur trois piliers : la prise en charge par les assureurs, la participation des patient·e·s et le financement résiduel par les cantons ou les communes [127]¹⁵. La LAMal fixe les prestations prises en charge par les assureurs ; le montant de la prise en charge étant défini au niveau fédéral dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), il est uniforme dans tout le pays. En 2020, les montants pris en charge par les assureurs (selon l'art. 7a OPAS) pour les prestations d'évaluation, de conseil et de coordination s'élevaient à CHF 76.90 par heure, les prestations d'examen et de traitement à CHF 63.00 par heure et les prestations de soins de base à CHF 52.60 par heure [128]. Le type de participation des patient·e·s et son montant ainsi que le montant et les conditions du financement résiduel varient selon les cantons et parfois aussi selon les communes. Ainsi, la participation à la charge des client·e·s, en sus de la franchise et de la quote-part, peut aller de l'absence de participation, soit 0.- franc, au montant maximal fixé par la loi, soit CHF 15.35 par jour de prestations de soins à domicile. Les prestations d'aide pratique et de soutien social sont, quant à elles, à la charge des client·e·s et, selon le mandat de prestations de l'organisation d'ASaD, elles peuvent être subventionnées par les autorités publiques.

Des études internationales ont montré que les réglementations et les mécanismes de financement peuvent influencer sur la sollicitation des prestations par les client·e·s, sur l'environnement de travail du personnel d'ASaD, ainsi que sur la coordination et la qualité des soins [129-132]. Une étude néerlandaise a par exemple montré qu'en modulant les critères d'éligibilité aux soins à domicile et en mettant davantage l'accent sur la situation personnelle que sur la santé, la sollicitation de prestations par les personnes à revenu élevé a reculé, alors qu'elle a augmenté chez les personnes seules [131]. D'autres études ont révélé que les soins sont souvent en fonction non pas des préférences et des besoins des individus, mais des contraintes financières [130], et que les réformes du financement ont eu des répercussions indésirables, comme la fragmentation des prestations ou encore des problèmes de coordination et de qualité [129]. Pour l'heure, aucune étude n'a été réalisée en Suisse pour analyser l'impact de la réglementation ou des mécanismes de financement sur divers aspects, que ce soit du point de vue des services d'ASaD ou des client·e·s, et il n'existe pas d'études étrangères qui examinent les spécificités des réglementations et des mécanismes de financement tels qu'ils existent en Suisse. Le présent chapitre décrit les résultats de SPOT^{nat} s'agissant des obligations liées aux mandats de prestations, du financement résiduel des soins, des types de financement et de l'impact de la modification du financement.

Résultats de SPOT^{nat} sur le financement des prestations d'ASaD

19.1 Conditions assortissant le mandat de prestations (point de vue de la direction)

Les organisations d'ASaD disposant d'un mandat/d'une convention de prestations avec la/les commune·s ou le canton ont été invitées à indiquer les conditions dont la/les commune·s ou le canton ont assorti ce mandat. Sur les 88 organisations participantes, 70 disposaient d'un mandat/d'une convention de prestations. De toutes les options possibles, les obligations les plus fréquemment citées ont été la « transmission de la comptabilité analytique et/ou élaboration selon des indications spécifiques » (90,0 %), le « système de documentation et d'évaluation des besoins » (88,6 %), la disponibilité des services les week-ends et jours fériés (90,0 %), l'« obligation de prise en charge (obligation d'admettre) » (82,9 %) et les « exigences de qualité » (82,9 %) (voir Figure 113).

¹⁵ À l'exception du financement des prestations de soins aigus et de transition dispensées après un séjour hospitalier et sur prescription d'un·e médecin de l'hôpital. Il est pris en charge au prorata par les assurances maladie (45 %) et les autorités publiques (55 %) sur la base de tarifs négociés au niveau cantonal.

Cahier de charges

(B8) Quel cahier des charges la ou les commune(s)/le canton a-t-il imposé dans le cadre du mandat de prestations ?
Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

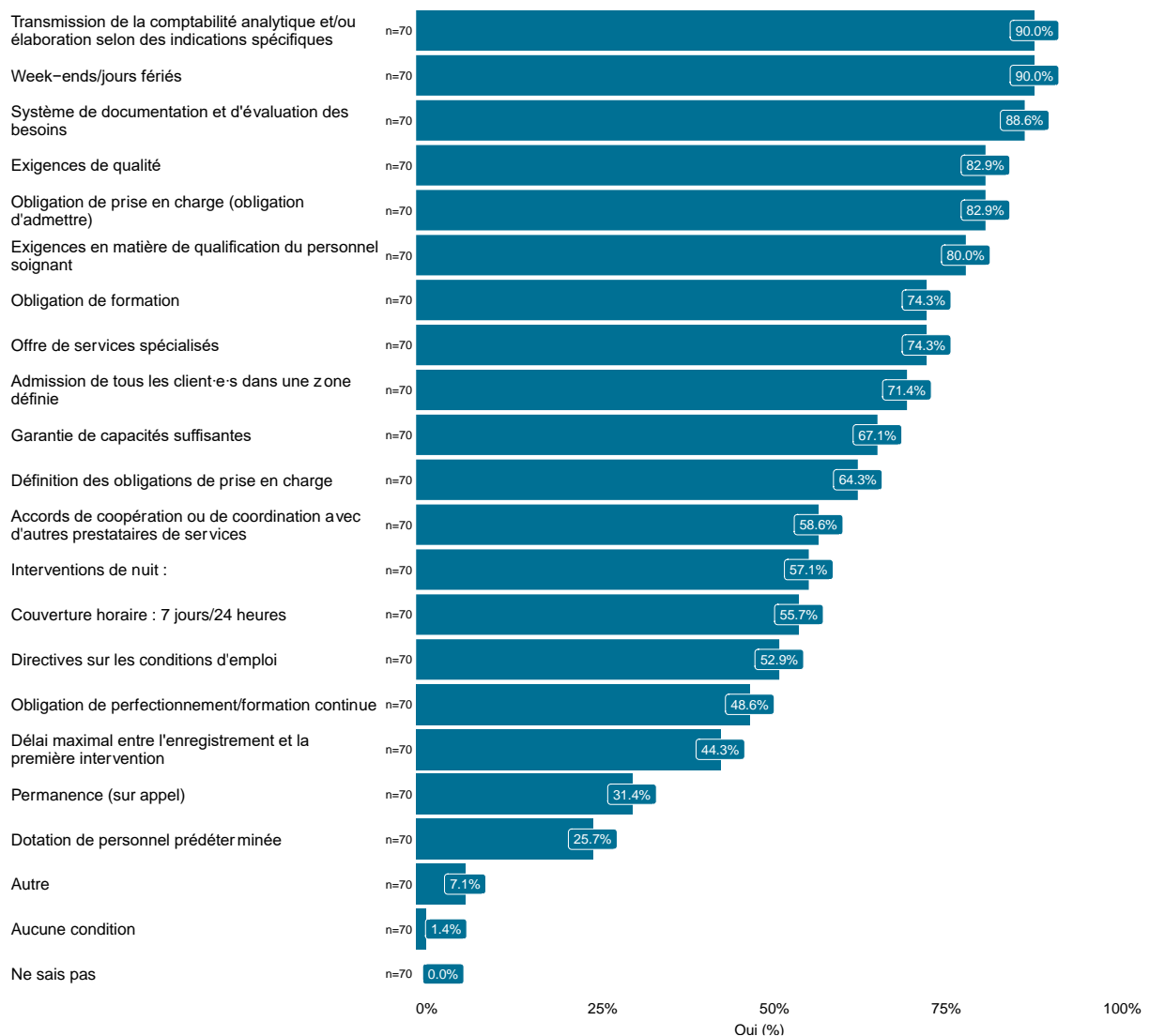


Figure 113 : Conditions dont la commune ou le canton a assorti le mandat de prestations (point de vue des directions)

Parmi les organisations d'aide et de soins à domicile qui ont répondu qu'elles n'avaient pas de mandat ou de convention de prestations avec la commune ou le canton (17 organisations) ; elles ont toutes indiqué qu'elles devaient remplir des conditions minimales de la/des commune-s ou du canton pour obtenir l'autorisation d'exploiter et sélectionné les critères minimaux « exigences en matière de qualification du personnel soignant¹⁶ » et « concept de fonctionnement (contient notamment des lignes directrices, structures, procédures, concepts de qualité) » (voir Figure 114).

¹⁶ N.B. : ces exigences minimales sont convenues dans la convention administrative passée avec les caisses d'assurance-maladie.

Exigences minimales pour obtenir l'autorisation d'exploiter

(B9) Si oui (la ou les commune(s)/le canton a-t-il imposé un cahier des charges dans le cadre du mandat de prestations), lesquelles ?
Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

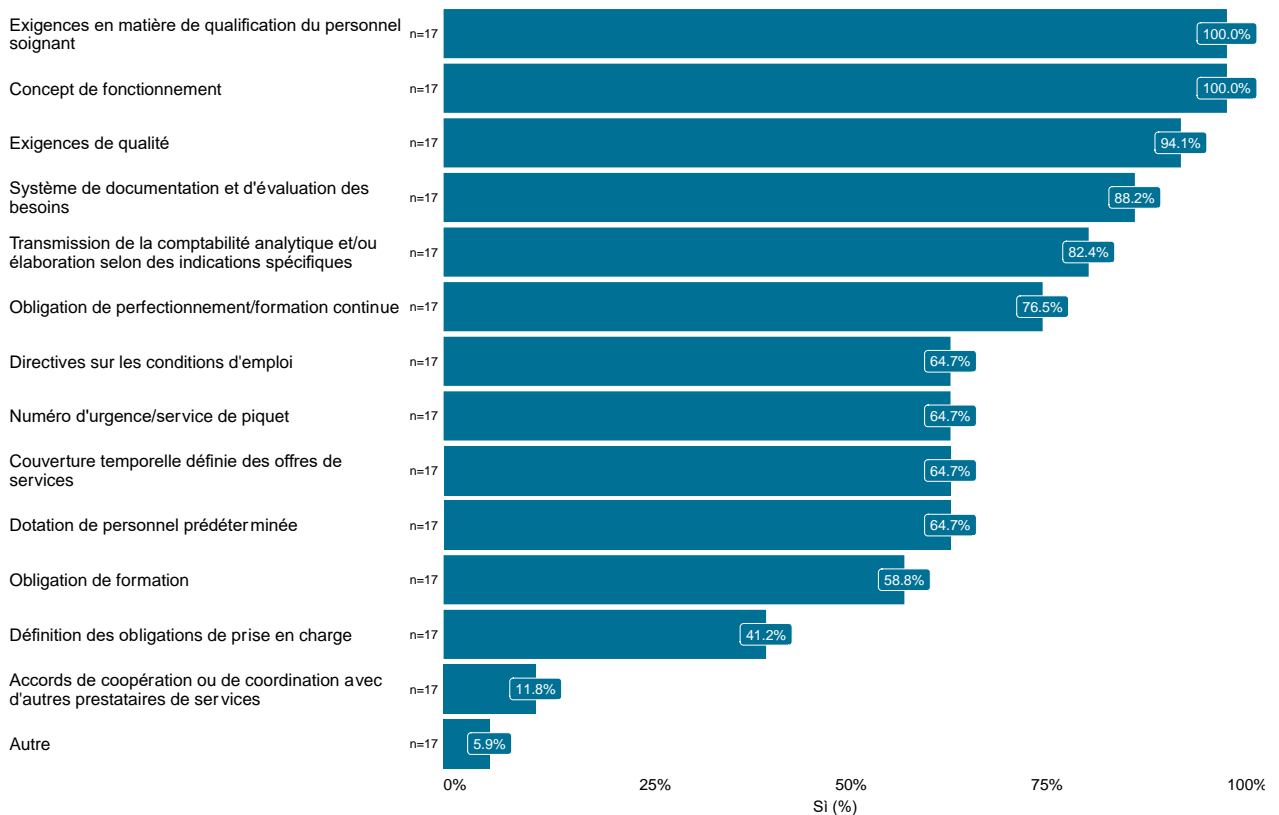


Figure 114 : Exigences minimales pour obtenir l'autorisation d'exploiter (point de vue des directions)

19.2 Financement résiduel des soins (point de vue des directions)

Comme le montre la Figure 115, la majorité des organisations d'ASaD (95,5 %) ont bénéficié d'un financement résiduel en 2020. Ce dernier a été entièrement financé par le canton dans 27,3 % des cas et entièrement par les communes dans 53,4 % des cas. Lorsque le financement résiduel a été pris en charge en partie par le canton et en partie par les communes, la part assumée par les cantons s'inscrivait dans une fourchette allant de 3,0 % à 70,0 %, la médiane étant de 55,0 % (EI 30,0-70,0). Pour les communes, la fourchette allait de 30,0 % à 97,0 %, avec une médiane de 45,0 % (EI 30,0-70,0). La majorité des organisations, à savoir 82,1 %, a indiqué que le versement du financement résiduel était soumis à certaines conditions.

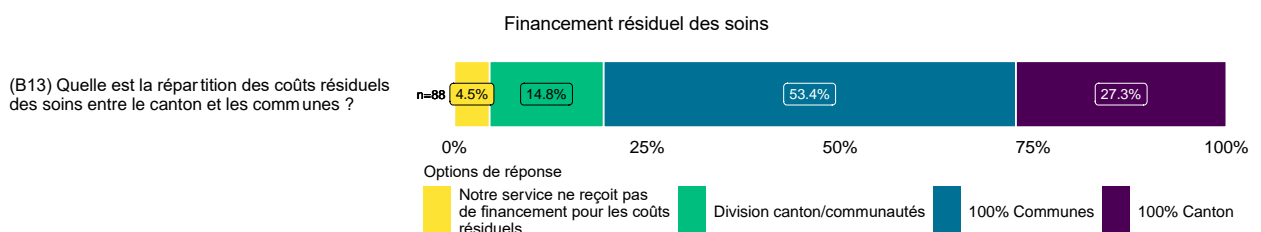


Figure 115 : Financement résiduel des soins (point de vue des directions)

Parmi les 69 organisations d'ASaD qui ont indiqué que le financement résiduel était assorti de certaines conditions, dans 76,8 % des cas, ces dernières se recoupaient avec les conditions assortissant le contrat de prestations, et dans 17,4 %, avec les conditions imposées pour obtenir l'autorisation d'exploiter.

Interrogées sur la base utilisée par le canton ou la commune pour déterminer le financement résiduel des soins, les réponses des organisations peuvent être réparties selon les variantes suivantes (voir Figure 116) :

1. Plus d'un tiers des organisations d'ASaD (n=27) ont indiqué que le financement résiduel était déterminé au cas par cas pour chaque organisation sur la base de coûts prédéterminés (p. ex. sur la base d'une négociation dans le cadre d'un contrat de service et de la budgétisation annuelle ou la comptabilité analytique de l'année précédente).
2. 35,8 % des organisations d'ASaD (n=29) ont indiqué que le financement résiduel était compensé par des coûts standards, des déficits standards ou des plafonds/taux maximum.
3. Un peu plus de 1 organisation sur 4 (27,2 %, n=22) a répondu que les coûts complets effectifs étaient indemnisés par catégorie de prestation.
4. Trois organisations ont indiqué que la compensation avait lieu par le biais d'un budget global (sous « autres », dans la figure).

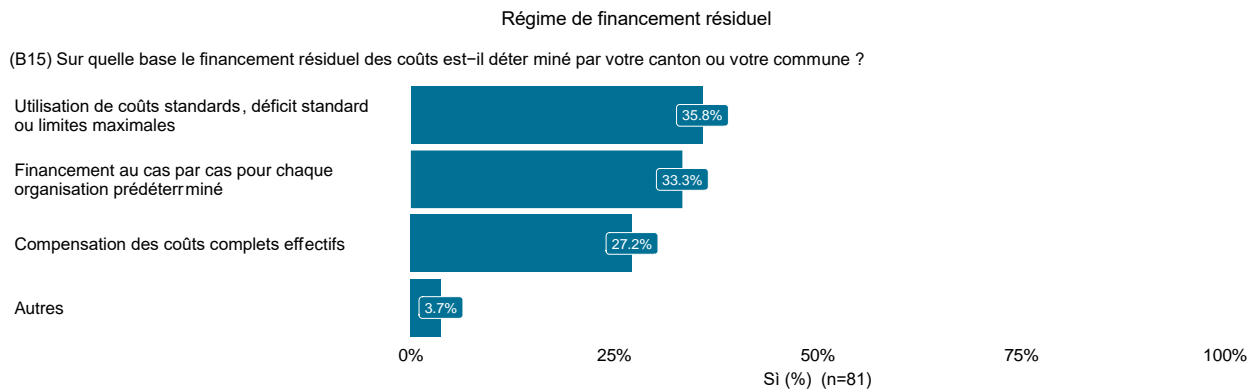


Figure 116 : Régime de financement résiduel des coûts des soins (point de vue des directions)

Les directions ont en outre été invitées à répondre à une question sur la fréquence des litiges avec les communes ou les cantons concernant le financement résiduel. Si la majorité (53,0 %) a répondu que le financement résiduel n'occasionnait pas de litiges, 14,4 % des organisations d'ASaD ont toutefois indiqué que les litiges à ce sujet avec les communes ou les cantons étaient fréquents, voire très fréquents (voir Figure 117).

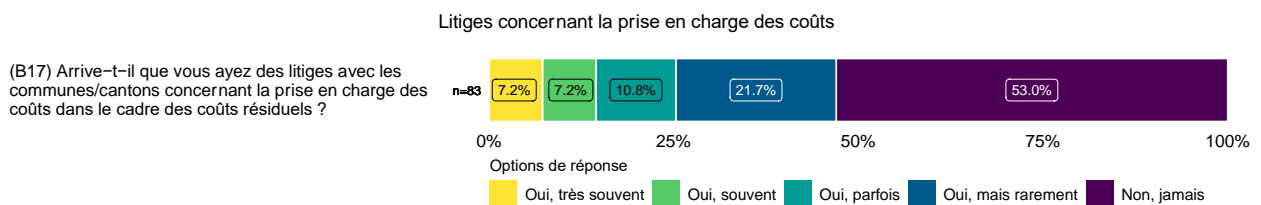


Figure 117 : Litiges avec les communes ou les cantons concernant la prise en charge des coûts (point de vue des directions)

Deux items du questionnaire adressés aux directions portaient sur les frais de soins non couverts. Ils visaient à déterminer si les organisations avaient constaté des frais de soins non couverts en 2020 et, dans l'affirmative, qui les avait pris en charge. Une minorité (39,5 %) des organisations d'ASaD participantes ont indiqué qu'elles avaient eu des coûts non couverts en 2020. Pour la plupart d'entre elles, ces frais ont été couverts soit par les fonds propres (47,1 %), soit par leur organe responsable (44,1 %) (voir Figure 118). Parmi les autres réponses données figurait par exemple la garantie de déficit.

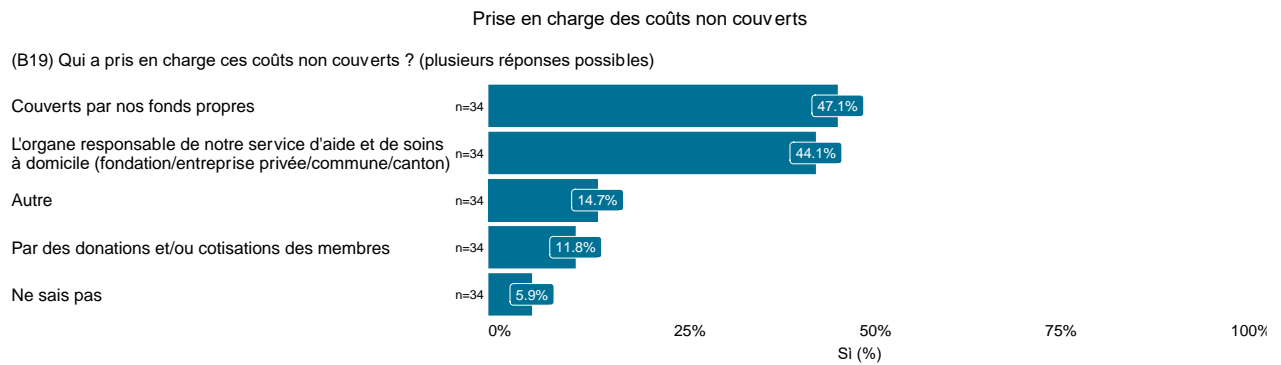


Figure 118 : Prise en charge des coûts non couverts (point de vue des directions)

19.3 Participation des patient·e·s (point de vue des directions)

Comme il est indiqué au début du chapitre, la participation des patient·e·s constitue l'un des trois piliers du financement de l'aide et des soins à domicile et sa réglementation diffère d'un canton à l'autre. Dans les cantons de FR, JU, NE, TI, VD et VS, il n'y a pas de participation des patient·e·s, tandis qu'AR, AI, BL, BS, GR, SZ, UR et ZH ont fixé un plafond de CHF 7.5 par jour et GE de CHF 8.00 par jour [133].

Les cantons d'AG, BE, GL, TG, LU, SG, SH, SO, NW, OW et ZG ont quant à eux opté pour un pourcentage des frais de soins LAMal facturés ou pour une contribution directe à concurrence de CHF 15.35 par jour [133].

L'une des questions posées aux directions portait sur le type de participation des patient·e·s rencontré dans leur organisation d'ASaD (voir Figure 119).

Les trois types de participation les plus courants dans les organisations ayant participé à SPOT^{nat} étaient les suivants :

1. dans 18 organisations (20,5 %), il n'y avait pas de participation des patient·e·s ;
2. dans 16 organisations (18,2 %), la participation des patient·e·s était fixée à 20 % des frais de soins LAMal facturés, à concurrence de CHF 15.35 par jour ;
3. dans 16 autres organisations (18,2 %), la participation des patient·e·s prenait la forme d'une contribution directe plafonnée à CHF 7.65 par jour (CHF 8.00 pour GE).

Montant de la participation des patient-e-s

(B23) Quel est le niveau de participation des patient-e-s ?

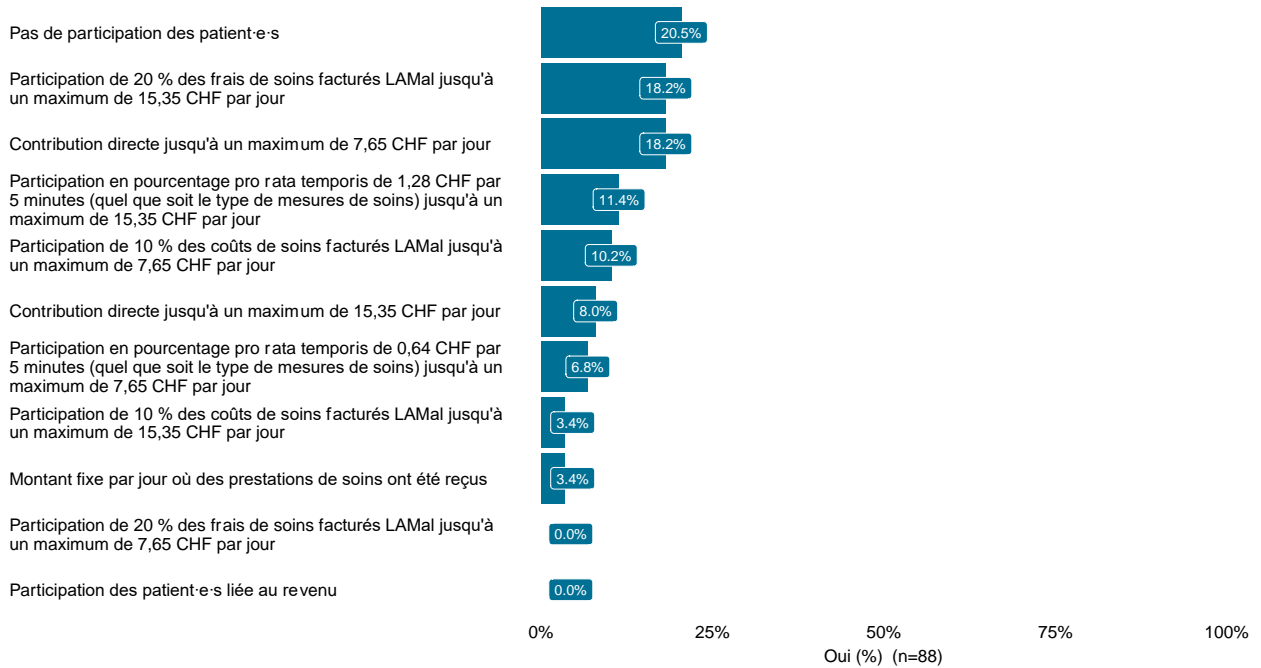


Figure 119 : Montant de la participation des patient-e-s (point de vue des directions)

19.4 Types de financement (point de vue des directions)

S'agissant du financement, les organisations d'ASaD ont été invitées à indiquer le pourcentage de chaque type de financement aux recettes totales ainsi que le pourcentage des charges facturées en tant que coûts imputables. Elles ont également été priées d'indiquer la part des frais de personnel allouée aux soins LAMal. Sur l'ensemble des recettes, les contributions des assureurs sont en moyenne les plus élevées (43,6 %), suivies par le financement résiduel, que ce soit par les communes, avec 21,5 % en moyenne, ou par les cantons, avec 8,8 % en moyenne. Les contributions moyennes des client-e-s, par le paiement des prestations d'aide pratique et de soutien social (12,8 %) et/ou la participation des patient-e-s (4,7 %), arrivent en troisième position (voir Figure 120).

Part de chaque type de financement aux recettes totales en 2020

(B24) Quel était le pourcentage total des recettes en 2020 couvert par les organismes de financement suivants ?

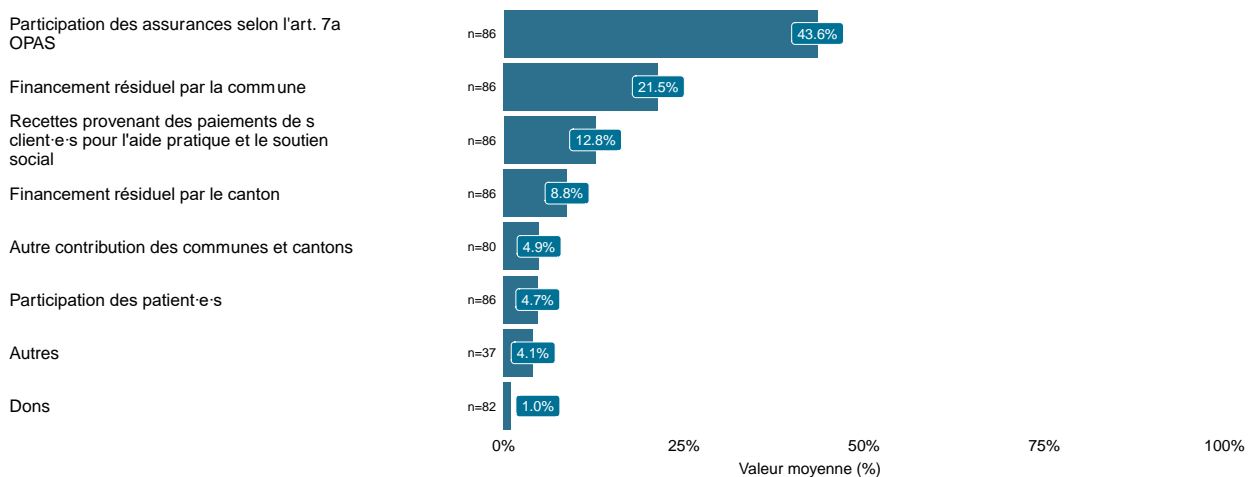


Figure 120 : Part de chaque type de financement aux recettes totales en 2020 (point de vue des directions)

Selon les indications des organisations d'ASaD participantes, les coûts facturables, avec une médiane de 57,0 % (EI 48,0-70,0), étaient légèrement supérieurs aux coûts non facturables (temps de déplacements, réunions d'équipe, coûts d'infrastructure, etc.), avec une médiane de 43,0 % (EI 30,0-52,0).

19.5 Pression des coûts (point de vue des directions)

La question de la pression des coûts a été examinée par le biais de quatre questions. Les deux premières visaient à déterminer l'impact des modifications législatives : selon la majorité des directions, l'introduction du financement des soins en 2011 et la réduction de la participation des caisses maladie aux prestations d'ASaD en 2020 ont entraîné une augmentation de la pression des coûts pour l'organisation (voir Figure 121).

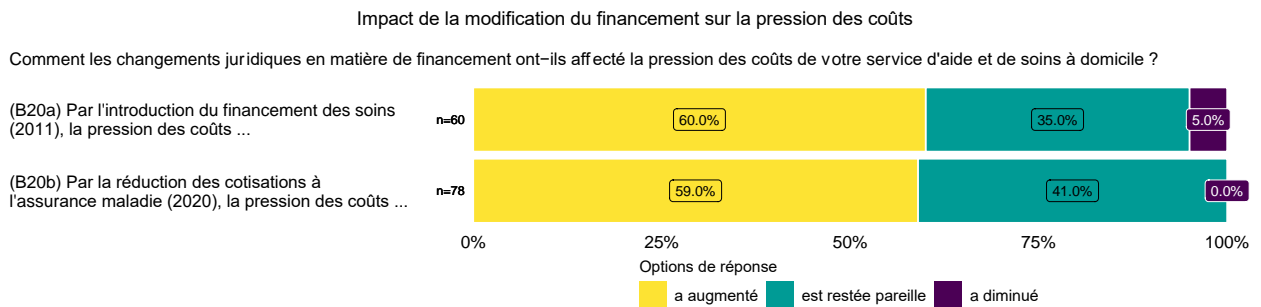


Figure 121 : Impact de la modification du financement sur la pression des coûts (point de vue des directions)

La troisième question portait sur les litiges avec les compagnies d'assurance maladie : un peu plus de la moitié des organisations d'ASaD ont répondu que la prise en charge de coûts pour des cas individuels occasionnait des litiges avec les caisses maladie au minimum une fois par mois (voir Figure 122).

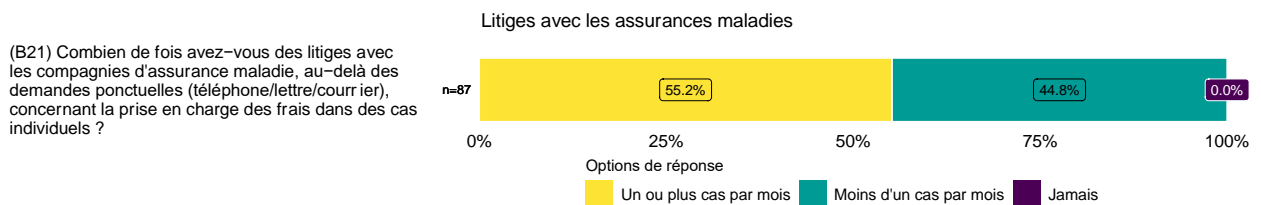


Figure 122 : Litiges avec les assurances maladies (point de vue des directions)

La quatrième et dernière question portait sur les mesures d'économie : 37,5 % des organisations d'ASaD ont répondu qu'elles prévoyaient d'en mettre en place (voir Figure 123), notamment l'optimisation des tournées, l'augmentation du temps pouvant être facturé et la réduction des heures non facturables, ou encore l'optimisation de la planification de l'affectation du personnel.

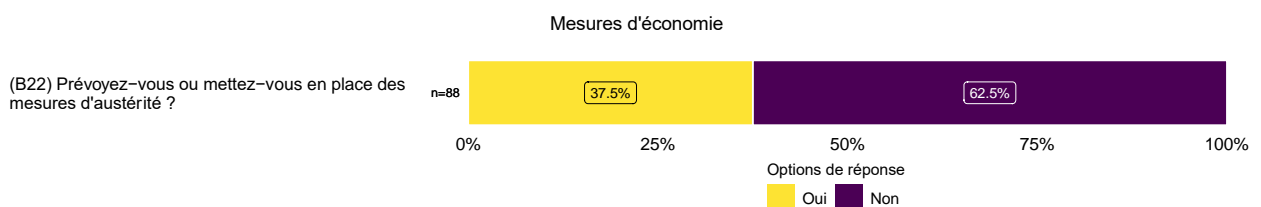


Figure 123 : Planification ou mise en œuvre des mesures d'économie (point de vue des directions)



« Les conditions-cadre pour le financement résiduel devraient être plus claires et plus prévisibles pour les organisations d'ASaD et créer des perspectives de financement à moyen terme qui incitent à investir dans l'avenir des organisations d'ASaD. »

Markus Reck

CEO

Spitex Zürich

Ce qui m'interpelle dans les résultats, c'est l'augmentation de la réglementation par des contraintes qui touchent non seulement à la qualité des prestations, mais aussi et surtout aux relations et à l'encouragement du personnel, de même qu'à la présentation des comptes (comptabilité analytique). Il serait intéressant de connaître l'ampleur des contraintes liées aux mandats de prestations et à l'obligation de prise en charge (et qui ont donc une incidence sur les coûts) et la densité réglementaire pour les entreprises sans convention de ce type avec les autorités (fourniture de prestations moins coûteuse). Il en va de même des conditions minimales pour obtenir l'autorisation d'exploitation, puisque celles-ci ont également une corrélation non négligeable, voire élevée, avec les coûts de la fourniture de prestations. Les déclarations relatives au financement résiduel reflètent l'hétérogénéité du système qui, loin de mettre tou-te-s les client-e-s du pays sur un pied d'égalité, crée de grandes disparités au niveau de la participation des patient-e-s. D'un autre côté, les différentes solutions de financement résiduel pour les organisations d'ASaD semblent adaptées aux besoins cantonaux et, en partie, régionaux ou communaux, ce qui ne ressort malheureusement pas très nettement des chiffres disponibles.

Si l'augmentation des contraintes, des directives, des exigences et, plus généralement, de la densité réglementaire sert le professionnalisme et la qualité des prestations d'ASaD, et donc la sécurité des client-e-s, elle entraîne également une augmentation des charges et des coûts qui, eux aussi, doivent être financés. Les pouvoirs publics, que ce soient la Confédération, les cantons ou les communes, doivent garder cette corrélation à l'esprit et adapter le financement en conséquence.

L'hétérogénéité du système trouve son origine dans la nature fédérale du système de santé suisse, qui permet de tenir compte des besoins et des exigences des cantons et des régions dans les solutions proposées, mais qui est aussi source d'inégalités qui sont perçues comme gênantes en particulier dans le cas de la participation des patient-e-s, puisque les client-e-s qui font appel aux prestations de services d'ASaD devraient, selon la LAMal, pouvoir le faire partout aux mêmes conditions. Initialement pensé comme un élément de conduite, la participation des patient-e-s n'a pas réellement satisfait aux attentes, même lorsqu'elle s'élevait à CHF 15.35 par jour (20 %), ce qui a incité les client-e-s des services d'ASaD à solliciter moins de prestations de soins (qui, notons-le, sont prescrites par un-e médecin).

Les besoins et les pistes d'amélioration se renouvellent sans cesse, comme le confirment les résultats de la présente étude. Il serait indiqué de prioriser les charges pour permettre une réglementation et un contrôle judicieux et ciblés tout en étant réalisables moyennant une charge administrative et des ressources en personnel raisonnables, ce qui permettrait de limiter la hausse des coûts à l'avenir. Cela en gardant à l'esprit la pénurie croissante de personnel qualifié, qui est mieux employé dans les soins à la clientèle que pour des tâches de contrôle administratives.

Il serait également nécessaire d'uniformiser à l'échelle du pays, voire de supprimer, la participation des patient-e-s, afin d'éviter les inégalités de traitement des client-e-s. Au moment de l'introduction du nouveau régime de financement des soins, la CDS avait émis des recommandations à l'intention des cantons au sujet du financement résiduel. Malgré cela, la diversité des solutions trouvées à l'échelle du pays est remarquable et, à mon sens, ne sera pas sans entraîner son lot de problèmes. Je ne me prononcerai pas ici sur la solution la plus adéquate entre prévoir davantage de directives dans la LAMal ou instaurer des garde-fous et des principes clairs dans le cadre de la CDS. En tout état de cause, il me semble important de clarifier les conditions-cadre relatives au financement résiduel afin d'améliorer la prévisibilité pour les organisations d'ASaD et de créer des perspectives de financement à moyen terme



qui promeuvent les investissements pour l'avenir dans les organisations d'ASaD au lieu de « récompenser » d'année en année les approches à court terme.

20 Charges financières des client·e·s

En Suisse, le financement du système de santé est assuré par différents régimes de financement, parmi lesquels l'État (Confédération, cantons, communes), l'assurance-maladie obligatoire ou les paiements individuels directs. En 2020, ces derniers représentaient 21,6 % des coûts de la santé en Suisse [134]. Pour vivre à leur domicile, les personnes nécessitant de l'assistance sont susceptibles de devoir faire appel à toute une palette de prestations médicales et non médicales, comme les soins de base, les thérapies, l'aide au ménage, les repas à domicile ou les transports. Ces prestations peuvent engendrer des coûts qui ne sont pas pris en charge par les pouvoirs publics ou les caisses maladie et grèvent donc le budget des client·e·s [135]. Les paiements directs peuvent représenter une telle part du budget des ménages qu'ils entravent l'accès aux soins : en 2016, des Suisse·sse·s ont indiqué qu'il·elle·s avaient renoncé à un traitement qu'il·elle·s jugeaient nécessaire en raison des coûts [136].

Les client·e·s souffrant de polymorbidité, en particulier, font état de coûts directs (prestations d'ASaD, médicaments, p. ex.) et indirects (transport pour se rendre aux rendez-vous, p. ex.) élevés et peuvent de ce fait avoir à assumer une lourde charge financière, susceptible de nuire à la qualité de vie ou à l'adhésion thérapeutique [137].

Depuis l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins en 2011, les client·e·s faisant appel à des prestations d'ASaD sont tenu·e·s de participer aux frais, à concurrence de 20 % de la contribution maximale de l'assurance-maladie, soit CHF 15.35/jour. Cette participation varie d'un canton à l'autre. Par ailleurs, les prestations d'assistance fournies par le service d'ASaD ne sont pas prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire [138]. Si les ressources financières des client·e·s sont insuffisantes et qu'il·elle·s ne sont pas en mesure de couvrir les coûts de la vie minimaux, il·elle·s peuvent demander des prestations complémentaires ou, en cas d'impotence, une allocation pour impotent. Le présent chapitre s'intéresse aux résultats relatifs à l'obtention de prestations complémentaires ou d'une allocation pour impotent, au modèle d'assurance-maladie et au montant de la franchise annuelle, à la charge financière telle que perçue par les client·e·s ainsi qu'au non-recours aux prestations.

Résultats de SPOT^{nat} sur les charges financières

20.1 Charge financière assumée par les client·e·s (point de vue des client·e·s)

Un quart (24,9 %) des client·e·s participant·e·s arrivaient « plutôt difficilement », « difficilement », voire « très difficilement » à couvrir les dépenses nécessaires avec l'ensemble de leurs revenus mensuels (voir Figure 124). La charge financière ressentie par les client·e·s que représentaient les dépenses de santé dans leur budget mensuel s'est établie à une médiane de 5,0 [EI 2,0-7,0] sur une échelle allant de 0 à 10, où 0 correspondait à une « charge nulle » et 10 à une charge « extrêmement lourde ».

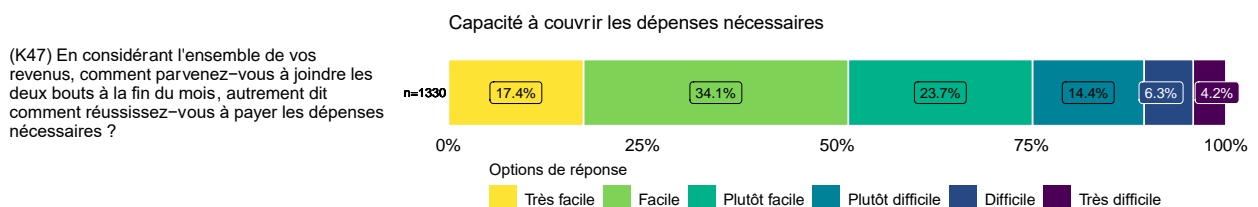


Figure 124 : Capacité à couvrir les dépenses nécessaires (point de vue des client·e·s)

La majorité des client·e·s ont indiqué qu'il·elle·s ne recevaient pas de prestations complémentaires ou d'allocation pour impotent (respectivement 80,2 % et 77,8 %) (voir Figure 125).

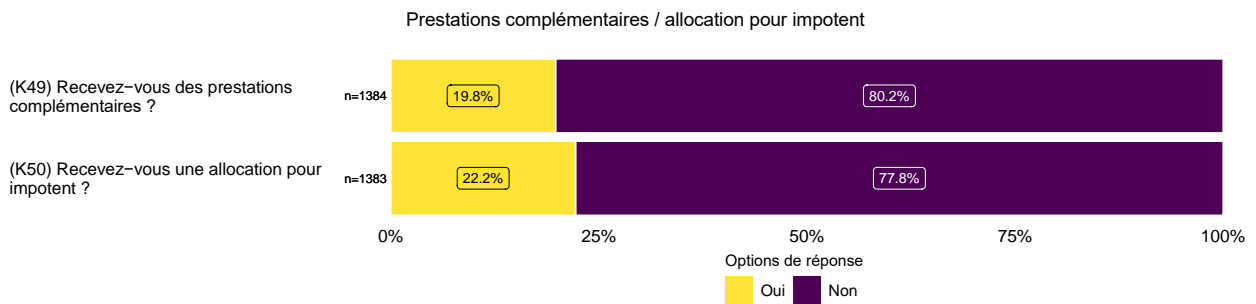


Figure 125 : Obtention de prestations complémentaires ou d'allocation pour impotent (point de vue des client·e·s)

La majorité des client·e·s (58,4 %) ont répondu qu'il·elle·s avaient souscrit une « assurance-maladie ordinaire » et 36,2 % des client·e·s ont opté pour le « modèle médecin de famille » (voir Figure 126).

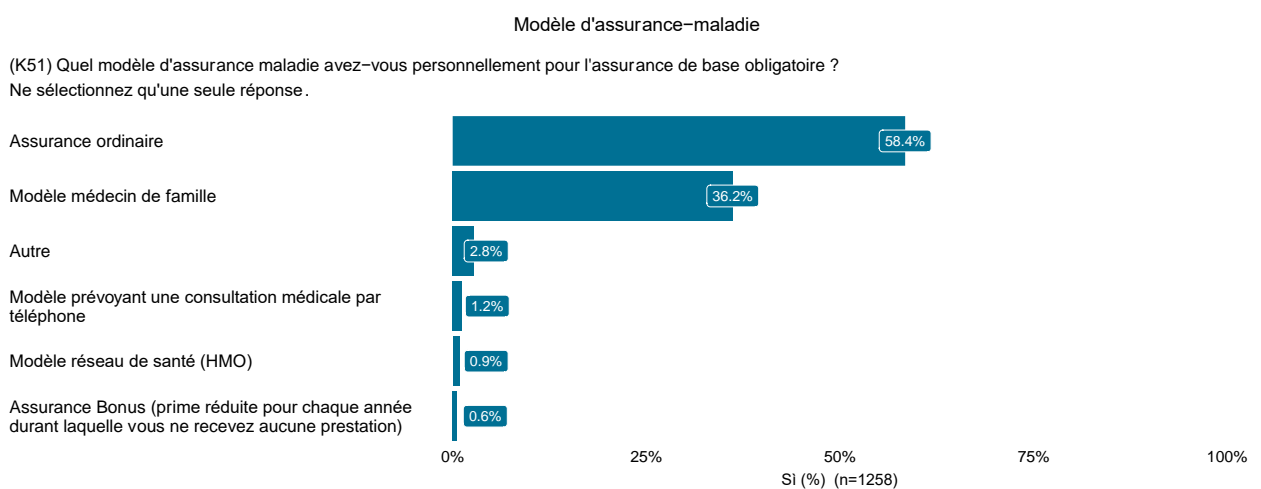


Figure 126 : Modèle d'assurance-maladie (point de vue des client·e·s)

La majorité des personnes interrogées (73,2 %) ont opté pour la franchise annuelle minimale, soit CHF 300.- ; venait ensuite la franchise à CHF 500.- (19,0 %). Seul·e·s 0,7 % des client·e·s ont indiqué être assuré·e·s avec la franchise annuelle la plus élevée, soit de CHF 2500.- (voir Figure 127).

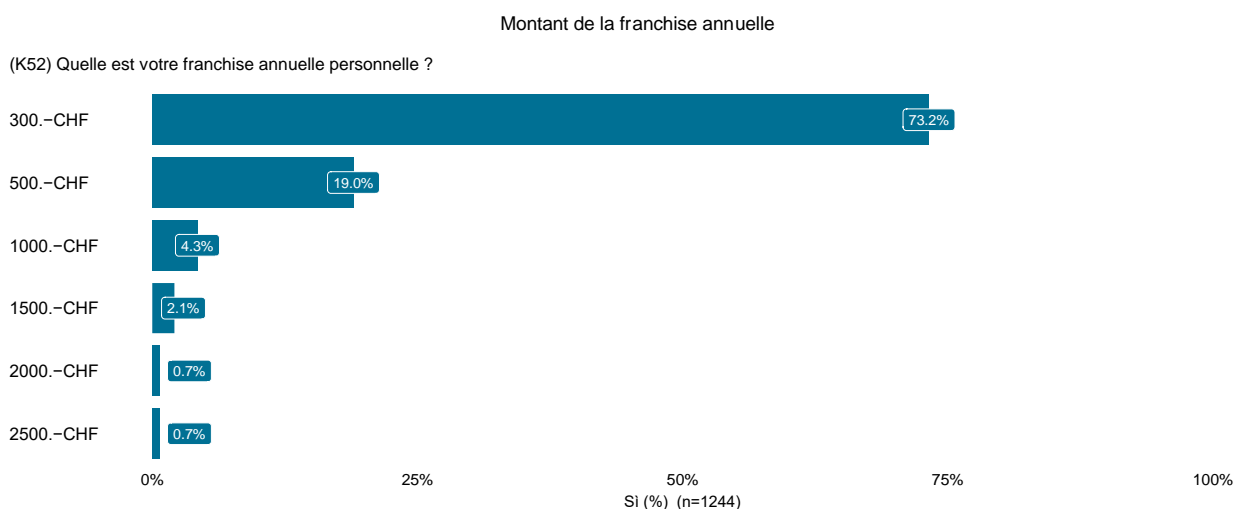


Figure 127 : Montant de la franchise annuelle (point de vue des client·e·s)

En comparaison ; dans la population suisse en 2020, les franchises les plus fréquemment choisies étaient celles de CHF 300.-, (43,8 % de la population), suivies des franchises à CHF 2500.- (31,8 %) et à CHF 500.- (11,5 %) [139].

20.2 Renonciation à des prestations (point de vue des directions)

Selon les organisations, la majorité des client·e·s (76,1 %) n'ont que « rarement » ou « jamais/presque jamais » renoncé à une partie ou à la totalité des prestations, lors des premiers entretiens, parce qu'il·elle·s ne pouvaient ou ne voulaient pas payer les prestations (voir Figure 128). Le nombre approximatif de client·e·s ayant renoncé à une partie ou à la totalité des prestations lors des premiers entretiens en 2020 s'établissait, selon les indications des directions, à une médiane de 3,0 [EI 0,0-10,0] sur l'ensemble des organisations interrogées.

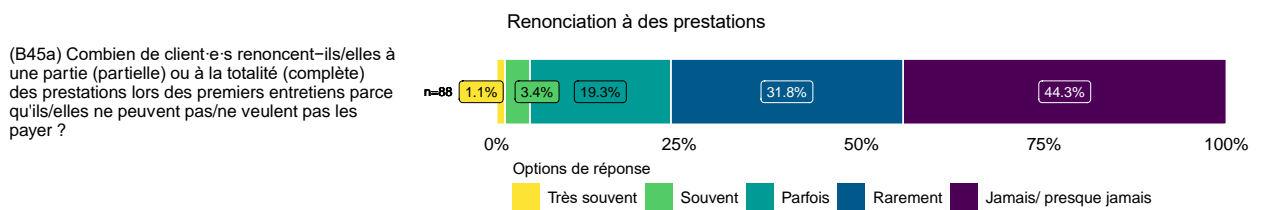


Figure 128 : Renonciation à des prestations lors des premiers entretiens (point de vue des directions)

La fréquence à laquelle les client·e·s ont complètement interrompu le recours aux prestations parce qu'il·elle·s ne pouvaient ou ne voulaient plus les payer était, du point de vue des directions, majoritairement « rarement » ou « jamais/presque jamais » (87,5 %) (voir Figure 129). Le nombre approximatif de client·e·s ayant complètement arrêté les soins en 2020 parce qu'il·elle·s ne pouvaient ou ne voulaient plus les payer s'établissait à une médiane de 1,0 (EI 0,0-5,0) sur l'ensemble des organisations interrogées.

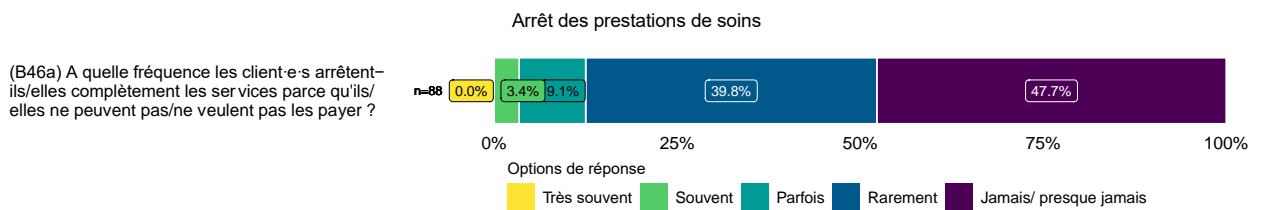
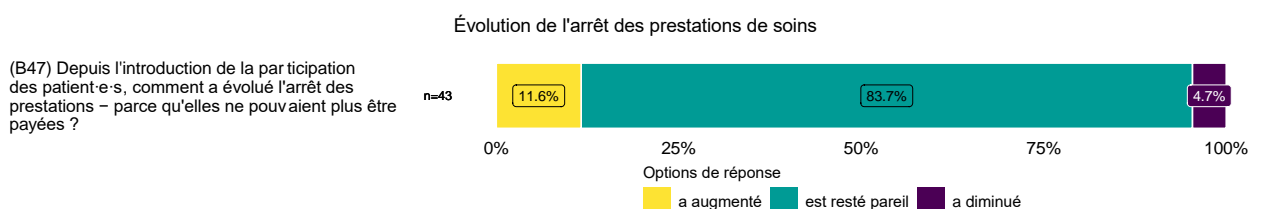


Figure 129 : Arrêt des prestations de soins depuis l'introduction de la participation des patient·e·s (point de vue des directions)

Selon la majorité des organisations (83,7 %), la renonciation à des soins ou l'arrêt de prestations sont restés stables depuis l'introduction de la participation des patient·e·s, en 2011 (voir Figure 130).



Remarque : 43 des 88 organisations participantes ont répondu à cette question ; dans les autres organisations, soit il n'y avait pas de cas avec participation des patient·e·s, soit les organisations n'étaient pas en mesure de décrire l'évolution.

Figure 130 : Évolution de l'arrêt des prestations de soins (point de vue des directions)



« Les résultats de l'étude en ce qui concerne les aspects financiers laissent supposer que les personnes ayant besoin d'aide n'ont pas accès aux services d'aide, d'accompagnement et de soins dont elles ont besoin parce qu'elles ne sont pas suffisamment informées de leurs possibilités. »

Prof. Dr Carlo Knöpfel

Chargé de cours, Institut de planification sociale,
de changement organisationnel et de développement urbain
Haute école de travail social, Haute école spécialisée du Nord-Ouest de la Suisse

Grâce aux études comparatives internationales [140] nous savons que la Suisse compte parmi les pays dans lesquels la participation directe des patient·e·s au financement des coûts de la santé (*out-of-pocket*) est la plus élevée. Les chiffres avancés dans la présente étude montrent que l'importance de cette participation peut avoir des effets indésirables. Les dépenses liées aux frais de santé grèvent lourdement le budget des ménages à revenus modestes et sont susceptibles d'entraîner l'arrêt ou la réduction de soins. L'État social prévoit des prestations d'assistance matérielle pour les ménages à bas revenus. Selon les résultats de l'étude, environ un cinquième des personnes interrogées ne perçoivent ni prestations complémentaires ni allocation pour impotent. Les informations présentées ne permettent malheureusement pas de savoir si ces personnes y auraient droit.

Les résultats semblent indiquer que les ménages à faibles revenus ne bénéficient peut-être pas des prestations d'ASaD dont ils auraient besoin. Dans le domaine de l'assistance en particulier, il est à craindre que des personnes tombent dans l'isolement parce qu'elles n'ont pas les moyens de faire appel aux prestations existantes. Il faut donc déployer davantage d'efforts dans l'ASaD pour proposer les prestations d'aide et d'assistance à des tarifs sociaux. Si l'on considère l'objectif affiché dans le domaine de la santé, « l'ambulatoire avant le stationnaire », la réduction toujours plus fréquente des subventions pour ces prestations d'assistance va dans la mauvaise direction.

S'agissant des aspects financiers, les résultats de l'étude donnent à penser que les personnes nécessitant de l'assistance ne sont pas toutes en mesure de bénéficier des prestations d'aide, d'assistance et de soins car elles ne sont pas suffisamment informées des possibilités existantes. Les systèmes social et de soins ont le devoir d'agir à cet égard. Les services d'ASaD sont tenus d'informer les personnes ayant besoin d'assistance sur leurs droits en matière de prestations complémentaires et d'allocation d'impotent. Des études de la Haute école spécialisée bernoise [141] révèlent des taux de non-recours très élevés dans ce domaine. Par ailleurs, les résultats indiquent la nécessité d'un droit à l'assistance en Suisse [142]. Ce droit fait actuellement l'objet de discussions dans le cadre d'une motion qui demande l'extension des prestations complémentaires aux logements protégés.



21 COVID-19

Depuis le début de 2020, les directions et le personnel des organisations d'ASaD ont été confrontés à différents défis liés à la pandémie. Plusieurs items des questionnaires adressés au personnel et aux directions/services visaient à déterminer dans quelle mesure les organisations d'ASaD ont été impactées par le COVID-19 et comment elles ont vécu la pandémie. L'enquête a été conduite entre janvier et septembre 2021 (c.-à-d. pendant les vagues 2 à 4 de la pandémie de COVID-19).

Les recherches menées jusqu'à présent sur ce thème ont révélé que le manque de matériel de protection et le manque de connaissances pour faire face à la pandémie étaient des problèmes majeurs, qui se sont estompés lors de la deuxième vague [143-145]. Une étude néerlandaise a en outre indiqué que les organisations ont été confrontées à des absences de personnel bien qu'elles aient déclaré moins d'interventions durant la première vague (mars à juin 2020) et la deuxième vague (juillet 2020 à janvier 2021) [144]. Les raisons évoquées étaient la peur des client-e-s et du personnel de contracter le COVID-19, la prise en charge accrue des soins par des proches, et le personnel en quarantaine [146]. Le matériel de protection nécessaire a par ailleurs entraîné des coûts supplémentaires que les organisations d'ASaD, notamment aux États-Unis, ont dû assumer elles-mêmes [143].

Dans le cadre de l'enquête SPOT^{nat}, les organisations d'ASaD ont été interrogées sur les absences de personnel, les coûts supplémentaires, la déclaration du chômage partiel et leur perception des défis liés à la pandémie en 2020. Les collaborateur-ric-e-s ont été invité-e-s à se prononcer sur la disponibilité du matériel de protection et sur ce qu'il-elle-s avaient perçu comme étant les plus grands défis.

Résultats de SPOT^{nat} sur le COVID-19

21.1 COVID-19 (point de vue des directions)

En 2020, les organisations d'ASaD participantes ont pris en charge un nombre médian de 5,0 (EI 1,0-15,0) client-e-s malades du COVID-19, mais ce nombre varie fortement d'une organisation à l'autre.

La même année, 15,9 % (n=14) des organisations d'ASaD ont dû faire appel au chômage partiel en raison de la pandémie de COVID-19. Presque toutes ont été confrontées à des absences de personnel liées à la pandémie (93,2 %), principalement dues à la mise en quarantaine des collaborateur-ric-e-s (Md de 20,0 jours [EI 10,0-43,5]) et à leur isolement (Md de 20,0 jours [EI 4,2-52,5]). Les collaborateur-ric-e-s étaient également assez souvent absent-e-s pendant l'attente des résultats des tests (Md 8,0 jours [EI 3,0-20,0]), mais peu d'absences étaient dues à l'appartenance à un groupe à risque (Md de 9,0 jours [EI 0,0-59,8]) ou à la prise en charge de proches (Md de 0 jour [EI 0,0-2,0]).

En 2020, la majorité des organisations (60,2 %) ont dû, en raison du COVID-19, supporter des frais supplémentaires non couverts, liés par exemple à l'achat de matériel de protection, aux frais de personnel ou au temps supplémentaire nécessaire pour les travaux administratifs.

Les organisations ont également été priées d'évaluer l'ampleur des défis liés à la pandémie en 2020. Sur les quatre aspects sondés, le matériel de protection (34,1 %) a été perçu comme le principal défi. En plus du matériel de protection, 20,5 % des organisations ayant participé à l'étude SPOT^{nat} ont indiqué que les mesures d'hygiène et le travail de prévention leur avaient pris plus de temps. Un constat souvent partagé par le personnel en réponse aux deux questions ouvertes suivantes : « Quels ont été les plus grands défis/changements que vous avez vécus au travail en raison de la situation COVID-19 ? » et « Souhaitez-vous nous faire part d'autre chose ? » (voir chapitre 22.2.1). En revanche, les annulations des client-e-s n'ont été considérées comme un très grand défi que par 3,4 % des organisations d'ASaD (voir Figure 131).

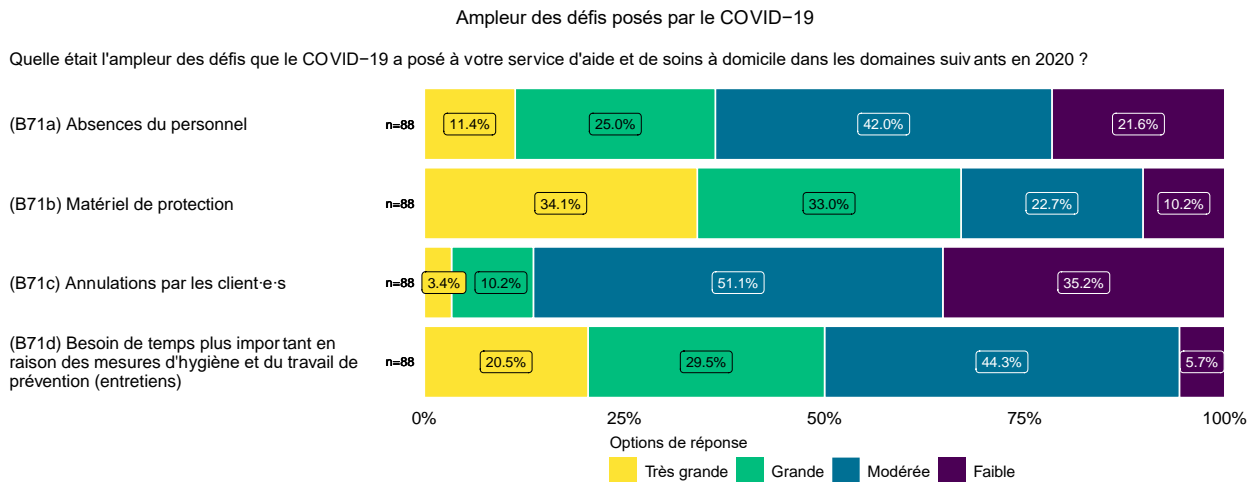


Figure 131 : Ampleur des défis posés par le COVID-19 (point de vue des directions)

21.2 COVID-19 (point de vue du personnel)

74,1 % des collaborateur·rice·s interrogé·e·s ont indiqué se sentir suffisamment formé·e·s à la gestion du COVID-19 en 2020. C'est moins que dans l'étude suisse de INFRAS [145], dans laquelle 85 % du personnel travaillant dans les EMS, les structures d'accueil et les soins à domicile se sentait suffisamment formé.

Concernant le matériel de protection, les collaborateur·rice·s ont estimé presque à l'unanimité recevoir suffisamment de masques (96,9 %), de gants (96,7 %) et de désinfectants (98,4 %) (voir Figure 132). D'autres études ont fait état d'un manque de matériel de protection, mais principalement au début de la pandémie [144, 145], alors que les réponses obtenues dans SPOT^{nat} ont été collectées au cours des vagues 2 à 4.

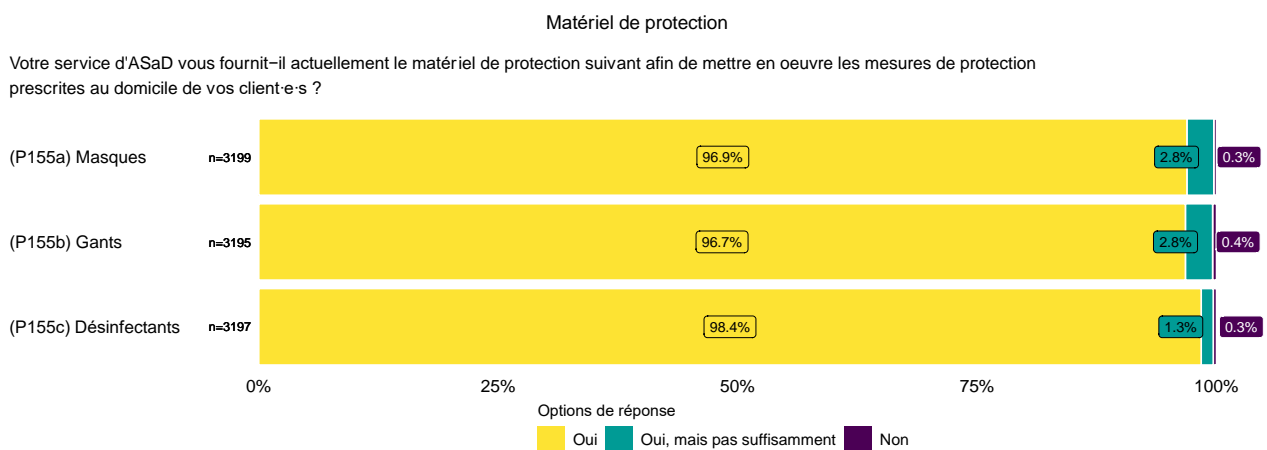


Figure 132 : COVID-19 — Matériel de protection (point de vue du personnel)

2247 collaborateur·rice·s ont répondu à au moins l'une des deux questions ouvertes posées à la fin de l'enquête : « Quels ont été les plus grands défis/changements que vous avez vécus au travail en raison de la situation COVID-19 ? » et « Souhaitez-vous nous faire part d'autre chose ? ».

L'analyse thématique centrée sur le COVID-19 a mis en évidence deux thèmes principaux : les effets de la pandémie et la gestion de la pandémie. Le premier a été subdivisé en 5 sous-thèmes, le second, en deux. Ils sont présentés aux chapitres 21.2.1 et 21.2.2.



21.2.1 Effets de la pandémie

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et les cantons ont mis en place des mesures de protection pour lutter contre la pandémie de COVID-19. Ces dernières ont affecté aussi bien le travail que la vie privée des collaborateur·rice·s. Dans les questions ouvertes, les collaborateur·rice·s ont expliqué les effets de la pandémie de COVID-19 sur leurs client·e·s, sur leur travail dans les services d'ASaD, et leur position en la matière.

Perception des mesures de protection. Les collaborateur·rice·s ont déploré les changements fréquents dans les directives relatives aux mesures de protection ; il leur était « *difficile d'être toujours informé·e·s des dispositions les plus récentes de l'OFSP en raison des nombreux changements* ». Il·elle·s ont par ailleurs décrit les mesures de protection et les informations communiquées comme « *pas claires* », « *contradictoires* », « *incompréhensibles* » et « *absurdes* ». L'une des difficultés relevées concernait la gestion d'avis très divergents parmi les collègues de travail, notamment au sujet de la vaccination. Une partie des collaborateur·rice·s a regretté la « *décision de ne pas vacciner en priorité le personnel d'ASaD* », car il·elle·s espéraient être mieux protégé·e·s contre le COVID-19 une fois vacciné·e·s. D'autres, en revanche, qui ne souhaitaient pas être vacciné·e·s, ressentaient une pression vaccinale de la part de leur organisation, de la société et de la politique. Ces personnes craignaient en outre une obligation de se faire vacciner. L'alarmisme qui a régné durant la pandémie et le rôle des médias ont été décrits ainsi : « *les médias mainstream inquiètent les gens au lieu de leur donner des messages d'espoir et de prévention* ». Enfin, bon nombre de collaborateur·rice·s se sont dit·e·s atteint·e·s de « *fatigue pandémique* » au moment de l'enquête.

Accompagnement des client·e·s durant une période marquée par l'incertitude. La propagation du COVID-19 a eu diverses répercussions sur les client·e·s et les prestations d'ASaD reçues. Le personnel a décrit des client·e·s anxieux et leur « *peur de la contagion [qui] a créé une méfiance à l'égard du personnel soignant* ». Pour les collaborateur·rice·s, se protéger et protéger les autres était la priorité absolue : « *j'ai vécu le plus la peur de l'attraper et de le transmettre* », « *c'est un défi quotidien de protéger les deux côtés* ».

Les mesures de protection ont eu pour corollaire l'isolement social des client·e·s, qui ne voyaient souvent personne d'autre que le personnel d'ASaD. Dans ces conditions, le stress psychologique des client·e·s était élevé, les séjours hospitaliers ont été réduits et les visites à domicile du personnel soignant sont devenues plus rares, ce qui a entraîné une détérioration des tableaux cliniques. Le personnel expliquait la situation aux client·e·s et veillait au respect des mesures de protection, bien que bon nombre « *de client·e·s avec démence ne comprenaient pas pourquoi il·elle·s devaient porter un masque* » ou refusaient d'appliquer les mesures.

Impact sur les conditions de travail. Par peur de la contagion, parce que les proches s'occupaient davantage des client·e·s et parce qu'il y a eu moins d'interventions à l'hôpital, les client·e·s ont annulé des visites et le nombre d'interventions a diminué : « *ainsi nos interventions ont diminué, ce qui était plutôt surprenant* ». Parallèlement, la charge de travail a augmenté du fait des mesures de protection accrues et des absences non prévisibles de collègues. Pour les apprenti·e·s, la charge était double puisqu'il leur fallait « *gérer les cours et la demande d'aide dans les établissements de soins* ». Enfin, l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée a souffert des restrictions des contacts sociaux, des loisirs et des possibilités de vacances.

La part de la numérisation a augmenté dans le travail. Les communications avaient davantage lieu par vidéoconférence et par courrier électronique. Les formations aussi ont été dispensées en ligne. Les collaborateur·rice·s et les apprenti·e·s ont apprécié de pouvoir regarder les vidéos à plusieurs reprises, mais ce format a entraîné de nombreuses distractions et des problèmes de logiciels ; les compétences informatiques variaient par ailleurs fortement selon les personnes. Les collaborateur·rice·s auraient souhaité davantage d'accompagnement pour se familiariser avec la numérisation. Dans ce contexte, les collaborateur·rice·s se sont plaint·e·s d'échanges impersonnels, d'une moins bonne dynamique d'équipe et



d'une détérioration de l'ambiance de travail. En revanche, il·elle·s ont souligné la grande cohésion au sein de leur équipe.

Impact du COVID-19 sur la situation du personnel. La pandémie a eu des répercussions à la fois psychiques et physiques sur le personnel. Sur le plan psychique, la pandémie s'est traduite par un accroissement du stress, de la pression, de l'épuisement et de la fatigue. Le personnel a par conséquent « *demandé beaucoup plus de soutien psychologique* ». Mais les responsables étaient en télétravail, et « *le télétravail en tant que responsable rend encore plus difficiles l'identification et la perception des besoins et des problèmes des collaborateur·rice·s* ». Les collaborateur·rice·s ont également décrit leur solitude due à la réduction des échanges professionnels et privés, à la distance physique et aux reports répétés, voire à l'annulation, de formations. Une personne a écrit : « *peu d'échanges au sein de l'équipe sur les situations actuelles des client·e·s, de sorte que les situations sont discutées tard, voire trop tard* ». Le fait de travailler avec des malades du COVID-19 a engendré un sentiment d'insécurité sur le lieu de travail, surtout chez les collaborateur·rice·s particulièrement à risque du fait d'une grossesse ou d'une maladie préexistante. Les troubles physiques ont également augmenté, notamment les problèmes cutanés et les céphalées.

Défis posés aux cadres. Pour les cadres, la pandémie a représenté un défi sur les plans financier et organisationnel. Il·elle·s ont été confronté·e·s aux lourdes conséquences financières de la pandémie. Une personne a indiqué que le budget avait été « *massivement dépassé en raison de la pandémie* ». Les cadres ont ainsi déploré le manque de soutien financier : « *les lourdes conséquences financières que nous devons assumer [...] Pourquoi est-ce à nous de payer tout le matériel ?* ». Le COVID-19 a également demandé un travail d'organisation accru. Les directions ont mis au point des plans de protection qu'il a fallu mettre à jour très régulièrement pour être en phase avec les mesures de protection les plus récentes avant de les transmettre aux équipes. De plus, les cadres devaient assumer la « *responsabilité du respect des mesures de protection* » par les collaborateur·rice·s. Et lors de l'établissement des plannings, il·elle·s ont dû tenir compte des absences du personnel ainsi que de l'augmentation ou de la diminution des demandes d'interventions, ce qui a entraîné « *une constante adaptation ou réorganisation des tournées* ».

21.2.2 Gestion de la pandémie

La pandémie a eu des répercussions sur les collaborateur·rice·s, leurs client·e·s et le travail dans différents domaines. Dans l'enquête, les collaborateur·rice·s ont expliqué comment il·elle·s ont géré la situation et quels ont été les principaux défis.

Défis posés par la mise en œuvre des mesures de protection. Selon les résultats recensés, c'est le port du masque qui a été le plus problématique pour le personnel : « *la communication avec les client·e·s était fortement entravée* ». Il n'était plus possible de discerner les expressions du visage et les client·e·s ne pouvaient plus lire sur les lèvres. Enlever et remettre les vêtements de protection prenait également beaucoup de temps. Il fallait par ailleurs constamment veiller à l'application correcte des mesures, à ne rien oublier et à rester concentré·e sur son travail. Lors de la première vague de COVID-19, il était en outre particulièrement difficile de se procurer du matériel de protection en raison des problèmes d'approvisionnement et « *dans la boucle d'approvisionnement, ça donne l'impression que les ASaD sont en dernière position* ».

Relations avec les client·e·s. Le personnel a été confronté à la gestion des client·e·s isolé·e·s et souffrant de troubles psychiques. Une collaboratrice a ainsi indiqué : « *Ma cliente a une démence et est très sensible émotionnellement parlant. Il est difficile de garder une certaine distance, de ne pas lui faire un câlin ou de la prendre dans mes bras lorsqu'elle pleure* ». Les client·e·s avaient davantage besoin de parler et le personnel apportait à la fois un soutien émotionnel et représentait un interlude bienvenu dans leur journée. Une personne a répondu ainsi : « *Les clients sont anxieux, ce qui me demande plus d'efforts, car les gens ont peur d'être contaminés, se sentent seuls et sont contents de nous voir, ils ont besoin de parler, mais notre temps est très limité.* » Pour éviter de passer à côté d'un cas de COVID-19, le personnel soignant a



observé de plus près ses client-e-s, mais une personne a néanmoins fait la remarque : « *La multiplicité des symptômes rend tout diagnostic très compliqué. S'agit-il vraiment du COVID-19 ? Est-ce que je suis en train de passer à côté de quelque chose de grave ? Les situations stables peuvent basculer rapidement.* » Le besoin accru d'échanges et les mesures de protection supplémentaires ont mis sous pression le personnel, qui devait respecter encore plus de directives sans avoir plus de temps. Dans ces circonstances, les collaborateur-ric-e-s ont eu des difficultés à maintenir la qualité de leur travail.

Perception de l'employeur par le personnel. Une partie du personnel était mécontente de son employeur. Il a notamment été question d'une mauvaise coordination et d'une mauvaise organisation du travail face à la nouvelle donne, de plannings de travail instables, de modifications de dernière minute des horaires de travail, de l'impossibilité de prévoir ses jours de congés, d'une diminution de la communication avec les supérieur-e-s hiérarchiques par rapport à avant la pandémie, et du fait qu'il a fallu compenser le manque de personnel. D'autres collaborateur-ric-e-s étaient tout à fait satisfait-e-s de leur employeur, citant notamment une bonne reconnaissance de leurs prestations à l'interne, un bon plan de protection, suffisamment de temps pour la prise en charge des client-e-s et le fait que leurs besoins étaient pris en considération.

Dans l'ensemble, les collaborateur-ric-e-s ont identifié de nombreux défis liés à la pandémie. L'un des principaux thèmes était l'application des mesures de protection dans les services d'ASaD et les répercussions sur les conditions de travail. Sans oublier que la situation a également touché les collaborateur-ric-e-s dans leur vie privée. Dans ces conditions, un grand nombre de collaborateur-ric-e-s ont exigé que leur travail soit apprécié à sa juste valeur.



22 Discussion

L'étude SPOT^{nat} est la première à dresser un état des lieux complet de l'ASaD en Suisse. En combinant les enquêtes menées auprès des organisations elles-mêmes, des collaborateur·rice·s exerçant différentes professions, des client·e·s et de leurs proches, il a été possible de mettre en lumière plusieurs aspects de l'ASaD en Suisse à travers des prismes différents.

L'enquête s'est concentrée sur les thèmes de la coordination et de la qualité des soins. Elle permet toutefois également d'analyser des aspects liés à l'environnement de travail et à la dotation en personnel, à la sécurité et à la situation du personnel, ou encore des questions spécifiques aux client·e·s, comme la charge financière. Le présent rapport national est conçu comme un document de référence complet sur la situation de l'ASaD en Suisse, et il contribue à accroître la visibilité de cet important secteur d'activité des soins à la population suisse.

Le présent rapport se concentre sur la présentation descriptive de la situation. Dans les mois qui viennent, l'importante quantité de résultats récoltés fera l'objet de différentes analyses visant notamment à examiner les liens entre les prescriptions réglementaires, la coordination et la qualité des soins, ou encore les facteurs influant sur la situation du personnel.

La vue d'ensemble dont nous disposons à ce stade permet toutefois déjà de dégager des thèmes prioritaires, auxquels sont consacrés les paragraphes suivants. Ces thèmes ont été retenus à l'issue de la discussion des résultats au sein du groupe de recherche interprofessionnel, des discussions avec le groupe d'accompagnement consultatif, avec les organisations d'ASaD participantes dans le cadre de rencontres régionales, ainsi qu'avec d'autres expert·e·s du domaine de l'ASaD en Suisse.

22.1 Qualité des soins et de l'accompagnement

99 % des collaborateur·rice·s et 94 % des directions d'entreprises jugent la qualité des soins plutôt bonne ou très bonne, et tant les client·e·s que leurs proches ont en médiane attribué à la qualité des soins et de l'accompagnement une évaluation de 9 sur une échelle de 1 à 10. De même, 98 % des client·e·s et le même pourcentage de proches recommanderaient leur service d'ASaD. Ces évaluations parlent d'elles-mêmes : **l'ASaD fournit en Suisse des prestations de soins et d'assistance de premier ordre.** Il en va de même pour la sécurité des client·e·s.

L'appréciation est cependant quelque peu plus nuancée dans d'autres domaines, comme la prise en charge centrée sur la personne, un facteur déterminant pour la qualité d'une organisation d'ASaD. De fait, à peine deux tiers des collaborateur·rice·s ont indiqué que les client·e·s et leurs proches sont la plupart du temps ou toujours impliqué·e·s dans la définition des objectifs par l'équipe d'ASaD ; la situation devient encore plus délicate lorsque les objectifs de soins et de traitement devraient être définis en collaboration avec d'autres corps de métier comme les médecins ou les thérapeutes. Dans ce cas de figure, seuls 30 % des collaborateur·rice·s ont répondu que l'implication des client·e·s et de leurs proches est souvent ou toujours possible. Du côté des client·e·s, il·elle·s étaient 55 % à penser que le personnel d'ASaD discute le plus souvent ou toujours avec eux·elles leurs préoccupations en matière de santé. Il s'agit là d'un thème fondamental de l'ASaD, à savoir concevoir et coordonner un processus de soins et de prise en charge centré sur la personne en collaboration avec les client·e·s, leurs proches et d'autres prestataires de soins, de manière à ce que, dans le cadre de soins et d'une assistance apportés à domicile, il soit possible d'apporter des réponses taillées sur mesure.

Le travail de prévention des services d'ASaD, en particulier, appelle un nécessaire renforcement pour prévenir les situations critiques et améliorer la qualité des soins. Si l'un des objectifs de l'ASaD est de permettre aux personnes âgées de vivre chez elles le plus longtemps possible, la prévention est une tâche primordiale, au même titre que la planification commune au sein du groupe de prise en charge interprofessionnel et avec les personnes concernées, afin d'anticiper les évolutions de la santé des client·e·s. **Or c'est précisément pour ces tâches de coordination quotidiennes dans le domaine des soins et de l'accompagnement, dont l'efficacité en matière de prévention n'est plus à démontrer, que le temps et les conditions-cadre manquent parfois dans le domaine de l'ASaD en Suisse.**



S'agissant du développement de la qualité sur la base de données, le potentiel n'est pas pleinement exploité : 62 % des organisations d'ASaD participantes ont indiqué qu'elles contrôlent les indicateurs de qualité au moins une fois par an. On peut supposer qu'il s'agit là d'un constat plutôt positif pour le domaine de l'ASaD suisse, d'autant plus qu'en participant à l'étude SPOT^{nat}, les entreprises de l'échantillon ont déjà signalé qu'elles accueillent favorablement la mesure et l'évaluation de données. À cela s'ajoute le fait que, dans le domaine de l'ASaD, la mesure des indicateurs de qualité de manière homogène n'est pas encore contraignante sur l'ensemble du territoire. **La Confédération et les associations doivent déployer des efforts afin de faire progresser la question de la mesure des indicateurs de qualité et de leur utilisation comme base pour le développement de la qualité.**

Environ un tiers (35 %) des organisations travaillent avec un·e infirmier·ère de pratique avancée ou avec un·e expert·e en soins infirmiers, dont le rôle principal relève de l'activité clinique et de l'assurance qualité, mais qui sont également actifs dans la formation des collaborateur·rice·s. **Même si ce rôle est encore peu répandu**, notamment en raison du manque de diplômé·e·s de master souhaitant travailler dans l'ASaD, l'engagement d'un·e infirmier·ère de pratique avancée ou d'un·e expert·e en soins infirmiers offre de nouvelles possibilités pour renforcer les organisations d'ASaD dans leur activité principale et faire progresser les collaborateur·rice·s en matière de prise de décisions cliniques et de coordination. L'implémentation de ce type de rôle est aussi une source d'attractivité du service et de la profession, dans la mesure où il contribue à un environnement de travail de qualité et donne des perspectives d'évolution aux professionnel·le·s.

22.2 Coordination

En assurant la coordination des soins, les organisations d'ASaD contribuent dans une large mesure à prévenir la fragmentation et les incohérences ; elles concourent par ailleurs à réduire les coûts, par exemple en évitant le recours à des soins inutiles et les redondances. La coordination au sein des organisations d'ASaD semble bien fonctionner : les client·e·s sont dans une très large mesure (94 %) d'accord avec le personnel d'ASaD concernant les soins et l'accompagnement dont ils·elles ont besoin et confirment (85 %) que le personnel d'ASaD connaît leurs besoins en matière de santé.

La situation se complique dès lors que d'autres prestataires interviennent : seuls 55 % des client·e·s ont indiqué que le personnel d'ASaD les aide à obtenir les soins dont ils·elles ont besoin de la part d'autres professionnel·le·s de la santé, et seuls 45 % ont indiqué que le personnel d'ASaD garde parfois, voire (très) souvent, le contact avec eux s'ils·elles sont amené·e·s à recevoir des soins à un autre endroit. Cette évaluation est corroborée par les collaborateur·rice·s d'ASaD : il·elle·s ont été 93 % à indiquer qu'il·elle·s reçoivent les informations en temps utile pour prodiguer les soins pertinents aux client·e·s lorsqu'elles leur sont communiquées par leurs collègues du service d'ASaD, mais il·elle·s ne sont plus que 68 % à répondre que c'est le cas lorsque les informations doivent leur être communiquées par d'autres professionnels de la santé. De même, 25 % du personnel d'ASaD a indiqué qu'il n'a (très) souvent pas assez de temps pour discuter des situations critiques avec d'autres professionnels et 21 % a estimé qu'il n'est pas suffisamment informé de l'état de santé des client·e·s. **Ces résultats illustrent le fait que la coordination entre tous les prestataires de soins et d'assistance à domicile devrait encore être optimisée**, ce qui se reflète également dans l'insatisfaction des directions d'établissement eu égard au temps facturable pour les travaux de coordination.

La question de la coordination doit faire l'objet d'une plus grande attention à tous les niveaux. Au niveau du financement et de la politique sanitaire (niveau macro), pour que les conditions-cadre appropriées pour la coordination soient données au niveau de l'organisation (niveau méso) ; au niveau de l'organisation de processus et de possibilités d'échange adéquats au sein du service d'ASaD et entre les prestataires ; et au niveau de l'organisation consciente de la coordination par les responsables de cas (niveau micro), notamment lorsque les client·e·s sont temporairement hospitalisé·e·s. Lorsque la coordination est réussie, elle est centrée sur le ou la client·e, et non sur les différents prestataires.



22.3 Communication

La communication est étroitement liée à la question de la coordination entre les prestataires. Pour garantir l'adéquation et la sécurité des soins à domicile, toutes les informations nécessaires doivent être exactes et communiquées à temps. Les résultats de l'enquête mettent en évidence plusieurs défis. Alors que le dossier client·e écrit est le canal de communication le plus utilisé par les collaborateur·rice·s au sein de l'ASaD (54 %), ce n'est le cas que pour 17 % d'entre eux·elles dans la communication avec des personnes extérieures au service, les échanges intervenant alors le plus souvent par courriel (44 %). Il arrive donc que les informations ne puissent pas être transmises par le biais d'un même canal, que ce soit au sein d'un service d'ASaD ou entre prestataires.

Par ailleurs, seuls 58 % des collaborateur·rice·s d'ASaD étaient d'avis que le dossier client·e est utilisé efficacement par tou·te·s les professionnel·le·s de la santé. Seuls environ 30 % des directions estiment que les échanges électroniques sont possibles avec les hôpitaux, les généralistes et les spécialistes, et elles sont seulement 11 % à juger que c'est le cas avec les services thérapeutiques. **L'absence d'échange de données par voie électronique avec d'autres prestataires, en particulier avec les médecins de famille compétents ou avec les hôpitaux après la sortie d'un·e client·e, complique les processus de communication et entrave donc la coordination et la fourniture d'un traitement efficace.** Cette absence de communication par voie électronique risque en outre d'entraîner des pertes d'informations ou d'empêcher la transmission des informations en temps utile. Il est par conséquent urgent de stimuler le développement de la numérisation, afin d'améliorer la communication interdisciplinaire, d'une part, mais aussi la communication avec les client·e·s et leurs proches, d'autre part. Il appartient aux politiques de faire avancer la dématérialisation et de créer des bases permettant un échange de données sécurisé. Pour améliorer la communication interdisciplinaire, il faut disposer de systèmes électroniques sûrs et définir conjointement les processus. Le dossier électronique du patient à l'échelle nationale joue un rôle central à cet égard, et la sécurité de la médication, notamment, devra faire l'objet d'une attention particulière, avec des garde-fous permettant de s'assurer que les responsabilités sont clairement déterminées et des contrôles minutieux au niveau des processus de transmission.

Les échanges oraux aussi revêtent une grande importance. Les client·e·s se sont montré·e·s très satisfait·e·s du personnel d'ASaD à cet égard : 94 % d'entre eux·elles estiment en effet que le personnel d'ASaD les écoute le plus souvent ou toujours attentivement, et 88 % que le personnel d'ASaD leur explique les choses de manière aisément compréhensible. Il en va autrement des échanges oraux au sein de l'équipe d'ASaD : seuls 35 % des collaborateur·rice·s d'ASaD considèrent par exemple qu'il·elle·s peuvent souvent ou toujours échanger avec leurs collègues sur la qualité de leur travail, seuls 62 % sont d'avis qu'il y a suffisamment de temps et de possibilités de discuter les problèmes de soins avec d'autres collaborateur·rice·s, et 69 % à peine indiquent recevoir dans une (très) large mesure toutes les informations dont il·elle·s ont besoin pour effectuer leur travail avec la qualité requise. Cela tient en partie à la particularité de l'ASaD, puisque les collaborateur·rice·s interviennent généralement seul·e·s auprès des client·e·s et que l'échange doit être expressément recherché et planifié. **La mise en place des structures permettant l'échange au sein de l'équipe d'ASaD, et plus encore au sein de l'équipe interprofessionnelle, appelle une démarche volontaire.** En l'état, les discussions de cas ont généralement lieu uniquement au sein de l'équipe d'ASaD, sachant que l'impossibilité de facturer l'acte entrave l'important échange au sein du groupe de prise en charge interprofessionnelle. Pourtant, en présence de situations complexes chez les client·e·s, cet échange direct au sein du groupe de prise en charge est primordial pour prendre une décision concertée sur la meilleure manière de soutenir les client·e·s et leurs proches à domicile et éviter, par exemple, des hospitalisations inutiles. La coordination avec les médecins de famille, en particulier, est déterminante, notamment si l'on considère que seuls 61 % des collaborateur·rice·s d'ASaD jugeaient que le groupe de prise en charge a une vision commune de la manière dont le travail de chacun·e contribue à l'objectif global. Or pour avoir une vision commune, les échanges et la mise en place d'un espace pour les accueillir sont essentiels ; l'atteinte des objectifs thérapeutiques s'en trouve améliorée. Il faut dès lors créer le cadre nécessaire, aussi bien sur le plan financier qu'en termes de temps, pour que ces échanges puissent effectivement avoir lieu. Ne pas reconnaître l'importance de ce type d'échanges et de leur financement revient en définitive à mettre en danger la sécurité des client·e·s.



22.4 Système de personnes de référence

Le système de personnes de référence soutient la mise en œuvre ciblée des principales tâches de coordination. La majorité des organisations d'ASaD (85 %) indiquent qu'elles travaillent avec un responsable de cas. 72 % des proches indiquent qu'il-elle-s ont un-e interlocuteur-ric-e au sein de l'organisation d'ASaD avec lequel ou laquelle il-elle-s peuvent aborder les questions et les demandes concernant les soins et l'accompagnement de leur proche. Les responsables de cas évaluent les besoins, gèrent le processus de soins, sont les interlocuteur-ric-e-s des différents prestataires et assurent la coordination. Dans cette mission importante, il-elle-s doivent être épaulé-e-s par la personne de référence, qui est en contact direct avec les client-e-s ; en effet, 40 % des responsables de cas ont par exemple indiqué qu'il-elle-s ne voient les client-e-s dont il-elle-s sont responsables qu'une fois par mois, voire moins souvent. Cela se reflète également dans les retours des proches, qui ont seulement été 36 % à indiquer que la personne de référence communique souvent ou constamment avec eux au sujet des soins et de l'accompagnement de leur proche. La continuité des soins et de l'accompagnement au quotidien, assurée par le fait que ce sont toujours les mêmes collaborateur-ric-e-s qui interviennent auprès des mêmes client-e-s, est un facteur essentiel de la qualité des soins d'ASaD, mais elle n'est pas simple à mettre en œuvre. De fait, la planification des tournées constitue un défi majeur, qui consiste à trouver un équilibre entre la continuité des soins, d'une part, et, d'autre part, des tournées avec des temps de trajet raisonnables entre les client-e-s. **SPOT^{nat} présente pour la première fois la répartition du temps de travail par tournée en Suisse : les collaborateur-ric-e-s consacrent en moyenne 15 % de leur temps de travail aux trajets, 16 % aux tâches administratives et 7 % aux activités de coordination, ce qui laisse 62 % du temps de travail pour le contact direct avec les client-e-s et d'autres activités.**

La continuité des soins et de l'assistance est un critère de qualité de l'ASaD : si les collaborateur-ric-e-s d'ASaD connaissent les client-e-s et leurs proches, il-elle-s sont mieux à même de répondre à leurs préoccupations en matière de santé, de coordonner les soins, d'agir de manière préventive et, en somme, d'assurer la sécurité des soins à domicile.

22.5 Sécurité des client-e-s

La sécurité des client-e-s est un facteur primordial de la qualité des soins d'une organisation d'ASaD. Pour être à même d'identifier les problèmes de sécurité, les erreurs ou les « quasi-erreurs » et de réagir par les mesures qui s'imposent, une organisation doit instaurer une bonne culture de la sécurité. Selon l'enquête SPOT^{nat}, les collaborateur-ric-e-s estiment que leur organisation d'ASaD fait le nécessaire : plus de 90 % du personnel sait comment aborder les questions sur la sécurité des client-e-s ou a répondu qu'il se sentirait en sécurité et bien pris en charge dans sa propre organisation d'ASaD ; plus de 80 % a répondu que son équipe gère les erreurs de manière appropriée ou qu'il est encouragé à signaler les éventuels problèmes de sécurité qu'il constate.

Si la culture de la sécurité est bonne au sein des équipes, les structures correspondantes font défaut : seuls 21 % des directions d'entreprise ont indiqué qu'elles travaillent avec un système de notification des incidents critiques (*Critical Incident Reporting System, CIRS*). Il y a là un besoin de développement manifeste ; l'exploitation d'un CIRS à l'échelle nationale serait au demeurant capitale pour réunir suffisamment de cas, en particulier pour les petites organisations d'ASaD, afin d'identifier des schémas et de pouvoir prendre des mesures d'amélioration. La fondation Sécurité des patients Suisse¹⁷ propose déjà une solution nationale à cet effet, qui mériterait toutefois d'être utilisée à plus large échelle.

La question de la sécurité de la médication, un aspect qu'un CIRS permet de gérer efficacement, doit tout particulièrement être améliorée : en effet, seuls 50 % des collaborateur-ric-e-s ont indiqué qu'il existe une règle contraignante sur la manière de procéder lorsque des médicaments manquent et seuls 62 % disposent de directives sur la manière dont les ordonnances médicales de médicaments doivent être transmises. C'est précisément dans le processus de médication que se cristallise l'intérêt d'avoir des règles claires à toutes les interfaces, une démarche participative dans la recherche de solutions et une gestion constructive des erreurs ; les erreurs et les incidents indésirables pourront ainsi alimenter un apprentissage

¹⁷ <https://www.securitedespatients.ch>



commun dans l'optique d'améliorer constamment la culture de la sécurité et de l'erreur ainsi que la sécurité des client·e·s.

22.6 Dotation en personnel

Une dotation en personnel adéquate est un aspect majeur de la sécurité des soins. Dans le domaine de l'ASaD, il s'agit d'affecter le personnel compétent pour satisfaire les besoins de soins ou d'accompagnement donnés. Plus de 80 % du personnel d'ASaD a indiqué qu'il y a suffisamment de personnel compétent pour garantir des soins et un accompagnement de qualité. Cela se reflète également dans la durée d'engagement, puisqu'environ 50 % des collaborateur·rice·s d'ASAD ayant répondu à l'enquête travaillent depuis au minimum 5 ans pour la même organisation. Qui plus est, 72 % ont plus de 10 ans d'expérience professionnelle et plus de 70 % ont dit avoir l'intention de rester dans leur organisation actuelle au cours des 12 prochains mois. Ces chiffres renvoient l'image d'organisations d'ASaD stables et dotées de collaborateur·rice·s expérimenté·e·s. Il ne faut toutefois pas perdre de vue les 11 % de collaborateur·rice·s qui envisagent d'arrêter de travailler dans l'ASaD. Si l'on considère que 58 % des organisations d'ASaD trouvent très difficile de recruter du personnel infirmier ES ou HES et que pour plus d'un tiers, le recrutement de professionnel·le·s avec un certificat fédéral de capacité est également très difficile, ces départs vont causer des difficultés. La pénurie de personnel qualifié pose problème aux organisations d'ASaD et le manque de personnel se traduit par un surcroît de travail pour les collaborateur·rice·s qui restent. Enfin, pour combler les besoins, le personnel risque d'être affecté à des tâches qui ne relèvent pas de ses compétences, voire qui les dépassent.

Il convient également de relever que les organisations d'ASaD participantes étaient plutôt des organisations qui se trouvaient dans une phase de stabilité, alors que 30 organisations qui avaient accepté de participer à SPOT^{nat} ont renoncé en raison d'une charge de travail élevée ou de problèmes de personnel. Nous partons du principe que les résultats de notre enquête ne reflètent pas entièrement la réalité du domaine de l'ASaD dans son ensemble, qui est probablement moins bonne. Les organisations d'ASaD peinent en outre à assurer la relève, puisque toutes les places de formation proposées ne sont pas pourvues. Ce manque d'intérêt pour une formation dans l'ASaD contribue à aggraver le manque de personnel. Il faudra par conséquent mettre au point, au niveau des organisations elles-mêmes, du secteur ou des politiques publiques, un faisceau de mesures propres à créer un regain d'intérêt durable pour les métiers de l'ASaD et promouvoir la formation dans ce domaine. L'initiative sur les soins infirmiers, récemment acceptée par le peuple suisse, a dans ce sens toute son importance.

22.7 Santé du personnel

Les résultats relatifs à la situation du personnel doivent, eux aussi, être perçus comme un signal d'alarme : plus de 40 % des collaborateur·rice·s ont indiqué qu'il·elle·s effectuent plus d'une demi-heure de travail supplémentaire une fois tous les 2 à 4 jours, voire tous les jours, et 41 % qu'il·elle·s étaient allé·e·s travailler au moins un jour malgré une incapacité de travail ; 70 % ont fait état d'un sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude, de fatigue ou d'un manque d'énergie et 67 % de douleurs dorsales ou lombaires au cours des quatre semaines ayant précédé l'enquête, soit nettement plus que dans le reste de la population suisse. En outre, 77 % des collaborateur·rice·s se sentent parfois, souvent ou toujours fatigué·e·s, 57 % sont physiquement épuisé·e·s, 52 % émotionnellement épuisé·e·s et 43 % ont même indiqué être à bout. De surcroît, 41 % des collaborateur·rice·s ont déclaré qu'il·elle·s avaient travaillé au moins une fois sans pause au cours de la semaine précédente. Ces retours témoignent d'une charge de travail élevée, d'un accroissement des exigences et du fait que les collaborateur·rice·s repoussent les limites pour atteindre le degré de qualité susmentionné. **Les collaborateur·rice·s d'ASaD font donc preuve d'un grand engagement envers les client·e·s, leurs collègues de travail et l'organisation, en s'exposant à un risque élevé de maladies liées au stress.** Le présentisme n'est pas seulement lié à un risque d'accident accru et à des risques pour les collaborateur·rice·s eux-mêmes, il implique également un risque plus élevé pour les client·e·s, car les erreurs sont plus nombreuses.



La promotion de la santé est donc un thème important pour les organisations d'ASaD, au même titre que les modèles de travail qui permettent un bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée¹⁸. Les organisations devraient thématiser les aspects liés à la santé tels que la charge de travail, le stress au travail ou la gestion des agressions, afin de mettre au point, avec les collaborateur·rice·s, des stratégies pour y faire face.

22.8 Aspects psychosociaux de l'environnement de travail

Les organisations d'ASaD participantes semblent par ailleurs bien réussir à créer un environnement de travail dans lequel leurs collaborateur·rice·s se sentent à l'aise et en mesure d'exercer leur travail correctement. Ainsi, 94 % des collaborateur·rice·s se sont dit·e·s satisfait·e·s des possibilités à leur disposition pour prodiguer aux client·e·s les soins nécessaires, et 91 % se sont dit·e·s satisfait·e·s de leur travail dans son ensemble, en prenant en considération toutes les dimensions. L'élément pour lequel le niveau de satisfaction était le plus faible était le salaire, avec 60 % de collaborateur·rice·s satisfait·e·s. Cet aspect est important, car le salaire est également lié à la reconnaissance du travail effectué et donc à l'attractivité du cadre de travail. En revanche, les collaborateur·rice·s sont extrêmement satisfait·e·s de leurs supérieur·e·s : plus de 90 % ont indiqué que leur supérieur·e direct·e les soutient et qu'il·elle est un·e dirigeant·e compétent·e. De même, près de quatre cinquièmes des personnes interrogées ont répondu qu'elles peuvent souvent ou toujours compter sur l'aide et le soutien de leurs collègues. **Dans les deux objectifs que sont la rétention du personnel et la réduction du taux de roulement, l'environnement de travail joue un rôle central, ce que les organisations d'ASaD interrogées semblent avoir parfaitement perçu.** Le mérite à cet égard revient dans une large mesure aux responsables qui parviennent à créer un climat de travail positif, empreint d'estime et de respect, dans lequel les collaborateur·rice·s sont encouragé·e·s et soutenu·e·s.

22.9 Implications pour l'avenir

L'étude SPOT^{nat} a créé une base de données jusque-là inexistante. C'est la première fois que le domaine de l'ASaD obtient une telle visibilité en Suisse. Les résultats permettent aux organisations d'ASaD participantes d'identifier les besoins, d'établir des priorités et de mettre en œuvre des mesures, sachant que chaque organisation est libre de définir ses priorités sur la base des résultats et des ressources dont elle dispose pour s'attaquer aux problèmes urgents.

Pour les services d'ASaD n'ayant pas participé à l'étude, celle-ci fournit l'occasion de réfléchir à leur propre situation sur la base des résultats présentés et de découvrir des possibilités de développement pour leur organisation.

Nous estimons qu'il serait judicieux de renouveler l'expérience d'une enquête à l'échelle de la Suisse dans le domaine de l'ASaD au cours des prochaines années, afin d'assurer le suivi de la situation en matière de personnel. La mutation vers les soins ambulatoires entraînera non seulement une hausse du nombre de client·e·s, mais encore un développement de la palette de soins, et donc du besoin de coordination. Il nous semble important d'être réalistes sur ce qu'il sera possible de fournir à l'avenir au vu des ressources déjà limitées aujourd'hui.

¹⁸ Voir : <https://promotionsante.ch>



23 Conclusions

En conclusion, les organisations d'ASaD de Suisse fournissent des soins de qualité, dans un contexte où elles doivent relever un certain nombre de défis pour coordonner, dans un système de soins très fragmenté, les prestations de multiples intervenant·e·s et assurer à la fois le flux d'informations vers toutes les parties prenantes et la continuité des soins pour les client·e·s et leurs proches. De plus, cette tâche de coordination n'est pas encore reconnue à sa juste valeur et doit être menée de front avec le reste. Les collaborateur·rice·s d'ASaD font preuve d'un grand engagement ; les résultats ayant trait à la situation du personnel indiquent toutefois qu'il·elle·s atteignent également leurs limites, si bien que la pénurie croissante de personnel qualifié va s'accroître.

Les organisations d'ASaD vont devoir aborder un certain nombre de questions, dont la résolution ne dépend pas que de leur volonté propre : l'existence d'un dossier électronique du/de la patient·e généralisé et des solutions permettant un flux d'informations par le biais d'un seul et même canal ; l'indemnisation financière adéquate de la coordination interprofessionnelle aux interfaces ; la promotion de la culture de la sécurité et d'un CIRS à l'échelle nationale, ainsi que des mesures de grande envergure pour faire face au manque de personnel qualifié et promouvoir la relève dans les soins. Sur le plan interne, elles doivent s'attacher à maintenir et développer un environnement de travail positif et à proposer des modèles de travail qui favorisent la santé et un bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

La pérennité et l'efficacité de l'ASaD passent par la collaboration entre toutes les parties prenantes du système de santé, à tous les niveaux décisionnels du système de santé.



Abréviations

APN	Advanced Practice Nurse (infirmier·ère de pratique avancée)
ASSC	Assistante en soins et santé communautaire certifiée CFC
CBI	Copenhagen Burnout Inventory
CC-MC	Patient-Perceived Continuity of Care from Multiple Clinicians
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CIRS	Critical Incident Reporting System
CMS	Centres médico-sociaux
COPSOQ	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
COVID	Coronavirus disease
CPAT	Collaborative Practice Assessment Tool
CPCQ	Client Perceptions of Coordination Questionnaire
CRS	Croix-Rouge suisse
DN	Diplôme de niveau
EI	Écart interquartile
EMS	Établissements médico-sociaux
EPT	Équivalent plein temps
ES	École supérieure
ET	Écart-type
HES	Haute école spécialisée
INS	Institute of Nursing Science
LAMal	Loi sur l'assurance-maladie
M	Moyenne ou valeur moyenne
MatchRN	Matching Registered Nurse services with changing care demands
Md	Médiane
MDS-HC	Minimum Data Set — Home Care
MSN	Master of Science in Nursing
NASA-TLX	National Aeronautics and Space Administration Task Load Index
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OPAS	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
PES-NWI	Practice Environment Scale — Nursing Work Index
RAI-HC	Resident Assessment Instrument — Home Care
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SHURP	Swiss Nursing Homes Human Resources Project
SPOT ^{nat}	Coordination et qualité de l'aide et des soins à domicile — Une étude nationale



Liste des tableaux

Tableau 1 : Définitions des termes statistiques	6
Tableau 2 : Caractéristiques des organisations d'ASaD participantes	8
Tableau 3 : Caractéristiques du personnel d'ASaD participant	11
Tableau 4 : Caractéristiques des client·e·s des services d'ASaD participant·e·s	13
Tableau 5 : Caractéristiques des proches participant·e·s	15
Tableau 6 : Tournées du matin — par taille de l'organisation	96
Tableau 7 : Tournées du matin — par type d'organisation	96
Tableau 8 : Tournées de l'après-midi/du soir — par taille de l'organisation	97
Tableau 9 : Tournées de l'après-midi/du soir — par type d'organisation	97
Tableau 10 : Heures de soins OPAS par jour — par taille de l'organisation	98
Tableau 11 : Part des heures de soins OPAS par jour — par type d'organisation	98

Liste des figures

Figure 1 : Nombre d'organisations d'ASaD participantes – sept grandes régions de la Suisse	1
Figure 2 : Exemple de diagramme en bâtons empilé	2
Figure 3 : Exemple de diagramme en bâtons	3
Figure 4 : Exemple de figure de comparaison de groupes	4
Figure 5 : Exemple de comparaison de groupes — sous-groupe	5
Figure 6 : Qualité générale des soins et de l'assistance (point de vue du personnel)	17
Figure 7 : Qualité des soins/de l'assistance aux client·e·s par rapport à l'année dernière (point de vue du personnel)	17
Figure 8 : Recommandation du service d'ASaD (point de vue du personnel)	17
Figure 9 : Satisfaction quant à la qualité et au temps (point de vue des directions)	18
Figure 10 : Recommandation du service d'ASaD (point de vue des client·e·s)	19
Figure 11 : Recommandation du service d'ASaD (point de vue des proches)	19
Figure 12 : Contrôle de la qualité (point de vue des directions)	20
Figure 13 : Existence de lignes directrices / procédures opérationnelles — domaines (point de vue des directions)	21
Figure 14 : Thèmes des formations proposées annuellement (point de vue des directions)	22
Figure 15 : Existence d'une structure éthique (point de vue des directions)	22
Figure 16 : Travail avec des infirmier·ère·s de pratique avancée ou avec des expert·e·s en soins infirmiers (point de vue des directions)	24
Figure 17 : Principales tâches des APN ou des expert·e·s en soins infirmiers (point de vue des directions)	25
Figure 18 : Fréquence des contacts des responsables de cas avec leurs client·e·s (point de vue du personnel)	26
Figure 19 : Processus de soins et de prise en charge (point de vue du personnel)	27
Figure 20 : Évocation des préoccupations en matière de santé (point de vue des client·e·s)	27
Figure 21 : Arrivée prématurée ou tardive du personnel de l'ASaD (point de vue des client·e·s)	27
Figure 22 : Leadership (point de vue du personnel)	31
Figure 23 : Échelle PES-NWI — Leadership (comparaison de groupes) (point de vue du personnel)	32
Figure 24 : Prévisibilité (point de vue du personnel)	33
Figure 25 : Échelle COPSOQ — Prévisibilité (comparaison de groupes) (point de vue du personnel)	34
Figure 26 : Clarté des rôles (point de vue du personnel)	34
Figure 27 : Échelle COPSOQ — Clarté des rôles (comparaison de groupes) (point de vue du personnel)	35
Figure 28 : Conflits de rôles (point de vue du personnel)	36
Figure 29 : Échelle COPSOQ — Conflits de rôles (comparaison de groupes) (point de vue du personnel)	36



Figure 30 : Soutien social (point de vue du personnel)	37
Figure 31 : Échelle COPSQ - Soutien social (collègues) (comparaison de groupes) (point de vue du personnel).....	38
Figure 32 : Échelle COPSQ — Soutien social (son/sa responsable) (comparaison de groupes) (point de vue du personnel).....	39
Figure 33 : Événements indésirables, erreurs et « quasi-erreurs » (point de vue des directions)	40
Figure 34 : Climat de sécurité (point de vue du personnel)	42
Figure 35 : Échelle Safety climate (comparaison de groupes) (point de vue du personnel)	43
Figure 36 : Travail en équipe (point de vue du personnel)	44
Figure 37 : Échelle teamwork climate (comparaison de groupes) (point de vue du personnel)	45
Figure 38 : Gestion de la médication (point de vue du personnel)	48
Figure 39 : Aide apportée pour la médication (point de vue des client·e·s)	49
Figure 40 : Systèmes de communication disponibles en interne (point de vue des directions)	50
Figure 41 : Canaux de communication internes (point de vue du personnel)	51
Figure 42 : Canaux de communication externes (point de vue du personnel)	51
Figure 43 : Discussions de cas menées régulièrement (point de vue des directions)	51
Figure 44 : Discussions de cas — Groupes professionnels présents (point de vue des directions).....	52
Figure 45 : Échange électronique de données (point de vue des directions)	52
Figure 46 : Documentation sur papier (point de vue des directions)	53
Figure 47 : Communication et échange d'informations au sein du groupe de prise en charge (point de vue du personnel)	53
Figure 48 : Échelle CPAT — Communication et échange d'informations (comparaison de groupes) (point de vue du personnel).....	54
Figure 49 : Informations lors de la première visite (point de vue des client·e·s)	54
Figure 50 : Communication (point de vue des client·e·s).....	55
Figure 51 : Service d'ASaD contacté (point de vue des client·e·s).....	55
Figure 52 : Obtention d'aide ou de conseils du service d'ASaD (point de vue des client·e·s)	55
Figure 53 : Délai d'attente pour recevoir l'aide ou les conseils (point de vue des client·e·s)	55
Figure 54 : Collaboration au sein du groupe de prise en charge (point de vue du personnel)	57
Figure 55 : Satisfaction relative à la coordination des tâches avec les autres catégories de professionnel·le·s (point de vue du personnel)	58
Figure 56 : Familiarité avec le système de santé (point de vue du personnel)	60
Figure 57 : Perception de la coopération du personnel d'ASaD (point de vue des client·e·s).....	62
Figure 58 : Échelle CPCQ — Perception de la coopération du personnel d'ASaD (comparaison de groupes) (point de vue des client·e·s).....	63
Figure 59 : Rôle de coordination du service d'ASaD (1/2) (point de vue des client·e·s).....	64
Figure 60 : Rôle de coordination du service d'ASaD (2/2) (point de vue des client·e·s).....	64
Figure 61 : Échelle CC-MC — Rôle de coordination du service d'ASaD (comparaison de groupes) (point de vue des client·e·s)	65
Figure 62 : Coordination (point de vue du personnel)	67
Figure 63 : Manque de coordination (point de vue du personnel)	68
Figure 64 : Échelle Manque de coordination (comparaison de groupes) (point de vue du personnel)	69
Figure 65 : Vécu de la coordination (point de vue des client·e·s).....	69
Figure 66 : Les professionnel·le·s de la santé n'étaient pas au courant des changements dans le traitement (point de vue des client·e·s)	71
Figure 67 : Évaluation générale de la coordination (point de vue des client·e·s).....	71
Figure 68 : Évaluation générale de la coordination (point de vue des proches)	72
Figure 69 : Évaluation générale de la coordination (point de vue du personnel)	72
Figure 70 : Collaboration avec les proches (pourcentage de client·e·s) (point de vue du personnel)	74
Figure 71 : Coordination relationnelle avec les proches aidant·e·s (point de vue du personnel).....	75
Figure 72 : Échelle coordination relationnelle avec les proches (comparaison de groupes) (point de vue du personnel).....	76
Figure 73 : Personne de référence dans le service d'ASaD (point de vue des proches).....	76



Figure 74 : Coordination relationnelle avec la personne de référence (point de vue des proches)	77
Figure 75 : Échelle coordination relationnelle avec la personne de référence (comparaison de groupes) (point de vue des proches).....	78
Figure 76 : Coordination relationnelle avec le personnel en général du service d'ASaD (point de vue des proches).....	79
Figure 77 : Échelle coordination relationnelle — personnel de l'ASaD (comparaisons de groupe) (point de vue des proches).....	80
Figure 78 : Implication des proches dans la planification/l'organisation de la prise en charge (point de vue des proches).....	80
Figure 79 : Soutien par des proches/voisin·e·s au cours des 12 derniers mois (point de vue des client·e·s)	82
Figure 80 : Aide temporaire ou permanente (point de vue des client·e·s).....	82
Figure 81 : Aide régulière ou irrégulière (point de vue des client·e·s)	82
Figure 82 : Nature de l'aide (apportée par les proches) (point de vue des client·e·s).....	83
Figure 83 : Soutien (nature et intensité) par les proches (point de vue des proches).....	84
Figure 84 : Durée du soutien par les proches (point de vue des proches).....	84
Figure 85 : Nombre d'heures consacrées au soutien par des proches (point de vue des proches)	84
Figure 86 : Personnel soignant / d'assistance à la fin de 2020 (point de vue des directions).....	87
Figure 87 : Ressources et dotation en personnel (point de vue du personnel)	87
Figure 88 : Échelle dotation en personnel (comparaison de groupes) (point de vue du personnel)	88
Figure 89 : Départs en 2020 (valeur moyenne [en %] toutes catégories de personnel soignant / d'assistance confondues) (point de vue des directions)	90
Figure 90 : Évaluation de la situation en matière de recrutement (point de vue des directions).....	91
Figure 91 : Systèmes de personnes de référence existants (point de vue des directions)	94
Figure 92 : Travail avec des responsables de cas (point de vue des directions).....	95
Figure 93 : Tâches des responsables de cas (point de vue des directions).....	95
Figure 94 : Case manager / Care manager (point de vue des directions).....	95
Figure 95 : Répartition des tâches au cours des trois derniers jours de travail, en % (point de vue du personnel).....	99
Figure 96 : Horaires de travail (point de vue du personnel).....	99
Figure 97 : Heures supplémentaires (point de vue du personnel).....	100
Figure 98 : Offres pour le personnel (point de vue des directions).....	102
Figure 99 : Exigences au travail lors du dernier jour de travail (point de vue du personnel)	103
Figure 100 : Échelle NASA-TLX (perception de la charge de travail) (comparaison de groupes) (point de vue du personnel).....	104
Figure 101 : Satisfaction au travail (point de vue du personnel)	105
Figure 102 : Recommandation du service d'ASaD comme un bon lieu de travail (point de vue du personnel)	105
Figure 103 : Intention de démissionner (point de vue du personnel)	106
Figure 104 : Absentéisme et présentéisme (point de vue du personnel)	108
Figure 105 : Problèmes de santé au cours des quatre dernières semaines (point de vue du personnel)	109
Figure 106 : Lien entre les problèmes de santé et le travail (point de vue du personnel).....	109
Figure 107 : Burnout (point de vue du personnel)	110
Figure 108 : Échelle CBI — Personal Burnout (comparaison de groupes) (point de vue du personnel) ..	111
Figure 109 : Équilibre entre le travail et la vie privée (point de vue du personnel).....	112
Figure 110 : Échelle Work-life-climate (comparaison de groupes) (point de vue du personnel).....	113
Figure 111 : Violence des client·e·s envers les collaborateur·rice·s du service d'ASaD (point de vue du personnel).....	115
Figure 112 : Signalement des agressions de la part de client·e·s envers les collaborateur·rice·s (point de vue du personnel).....	116
Figure 113 : Conditions dont la commune ou le canton a assorti le mandat de prestations (point de vue des directions)	118
Figure 114 : Exigences minimales pour obtenir l'autorisation d'exploiter (point de vue des directions) ...	119



Figure 115 : Financement résiduel des soins (point de vue des directions).....	119
Figure 116 : Régime de financement résiduel des coûts des soins (point de vue des directions).....	120
Figure 117 : Litiges avec les communes ou les cantons concernant la prise en charge des coûts (point de vue des directions)	120
Figure 118 : Prise en charge des coûts non couverts (point de vue des directions).....	121
Figure 119 : Montant de la participation des patient·e·s (point de vue des directions)	122
Figure 120 : Part de chaque type de financement aux recettes totales en 2020 (point de vue des directions)	122
Figure 121 : Impact de la modification du financement sur la pression des coûts (point de vue des directions)	123
Figure 122 : Litiges avec les assurances maladies (point de vue des directions).....	123
Figure 123 : Planification ou mise en œuvre des mesures d'économie (point de vue des directions)	123
Figure 124 : Capacité à couvrir les dépenses nécessaires (point de vue des client·e·s).....	126
Figure 125 : Obtention de prestations complémentaires ou d'allocation pour impotent (point de vue des client·e·s)	127
Figure 126 : Modèle d'assurance-maladie (point de vue des client·e·s)	127
Figure 127 : Montant de la franchise annuelle (point de vue des client·e·s)	127
Figure 128 : Renonciation à des prestations lors des premiers entretiens (point de vue des directions) .	128
Figure 129 : Arrêt des prestations de soins depuis l'introduction de la participation des patient·e·s (point de vue des directions)	128
Figure 130 : Évolution de l'arrêt des prestations de soins (point de vue des directions)	128
Figure 131 : Ampleur des défis posés par le COVID-19 (point de vue des directions)	131
Figure 132 : COVID-19 — Matériel de protection (point de vue du personnel).....	131



Références

1. Hart S.G. & Staveland L.E. *Development of NASA-TLX (Task Load Index) : Results of Empirical and Theoretical Research*, in *Advances in Psychology*, P.A. Hancock & N. Meshkati, Editors. 1988, North-Holland. p. 139-183.
2. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care. in *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. 2001 National Academies Press (US) Washington (DC).
3. World Health Organization. *Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*. 2018.
4. Maybin J., Charles A., & Honeyman M. *Understanding quality in district nursing services: Learning from patients, carers and staff*. 2016, London: London.
5. Dubois C.A., D'Amour D., Pomey M.P., Girard F., & Brault I. *Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretive review*. BMC Nurs, 2013. 12: p. 7.
6. Ruotsalainen S., Jantunen S., & Sinervo T. *Which factors are related to Finnish home care workers' job satisfaction, stress, psychological distress and perceived quality of care? – a mixed method study*. BMC Health Serv Res, 2020. 20(1): p. 896.
7. CAHPS. *Home Health Care Survey*. 2011 08.08.2022]; Available from: <https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/home/index.html>.
8. Perrig-Chiello P., Höpflinger F., & Schnegg B. *SwissAgeCare: Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz*. 2010.
9. Chavez K.S., Dwyer A.A., & Ramelet A.S. *International practice settings, interventions and outcomes of nurse practitioners in geriatric care: A scoping review*. Int J Nurs Stud, 2018. 78: p. 61-75.
10. International Council of Nurses. *Guidelines on Advanced Practice Nursing*. 2020: Geneva, Switzerland.
11. Zúñiga F., Favez L., Baumann S., Kindlimann A., Oeri A., Benkert B., Blatter C., Renner A., S. B.-V., Serdaly C., Ausserhofer D., Mabire C., & Simon M. *Étude SHURP 2018 – Rapport final. Personnel et qualité des soins dans les établissements médico-sociaux en Suisse alémanique et en Suisse romande*. 2021, Université de Bâle.
12. Hamric A.B., Hanson C.M., Tracy M.F., & O'Grady E.T. *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*. 2014: 5 th edition. St. Louis, Missouri: Elsevier / Saunders.
13. Santana M.J., Manalili K., Jolley R.J., Zelinsky S., Quan H., & Lu M. *How to practice person-centred care: A conceptual framework*. Health Expect, 2018. 21(2): p. 429-440.
14. Sanerma P., Miettinen S., Paavilainen E., & Åstedt-Kurki P. *A client-centered approach in home care for older persons - an integrative review*. Scand J Prim Health Care, 2020. 38(4): p. 369-380.
15. Kuipers S.J., Cramm J.M., & Nieboer A.P. *The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting*. BMC Health Services Research, 2019. 19(1): p. 13.
16. Vaartio-Rajalin H. & Fagerström L. *Professional care at home: Patient-centredness, interprofessionalism and effectivity? A scoping review*. Health & Social Care in the Community, 2019. 27(4): p. e270-e288.
17. American Nurses Association. *Healthy work environment*. 2018 [cited 2022 20th of June 2022]; Available from: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/>.
18. Lake E.T. *The nursing practice environment: Measurement and evidence*. Medical Care Research and Review, 2007. 64: p. 104-22.
19. Jarrin O., Flynn L., Lake E.T., & Aiken L.H. *Home Health Agency Work Environments and Hospitalizations*. Medical Care, 2014. 52(10): p. 877-883.
20. Chamanga E., Dyson J., Loke J., & McKeown E. *Factors influencing the recruitment and retention of registered nurses in adult community nursing services: an integrative literature review*. Prim Health Care Res Dev, 2020. 21: p. e31.
21. Ganann R., Weeres A., Lam A., Chung H., & Valaitis R. *Optimization of home care nurses in Canada: A scoping review*. Health Soc Care Community, 2019. 27(5): p. e604-e621.
22. Huber D.L. *Leadership and Nursing Care Management*. 2010: Elsevier.
23. Sfantou D.F., Laliotis A., Patelarou A.E., Sifaki-Pistolla D., Matalliotakis M., & Patelarou E. *Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review*. Healthcare (Basel), 2017. 5(4).



24. Westerberg K. & Tafvelin S. *The importance of leadership style and psychosocial work environment to staff-assessed quality of care: implications for home help services*. Health Soc Care Community, 2014. 22(5): p. 461-8.
25. Lake E.T. *Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index*. Res Nurs Health, 2002. 25(3): p. 176-88.
26. Rydenfält C., Holgersson C., Östlund B., Arvidsson I., Johansson G., & Persson R. *Picking low hanging fruit - A scoping review of work environment related interventions in the home care sector*. Home Health Care Serv Q, 2020. 39(4): p. 223-237.
27. Pejtersen J.H., Kristensen T.S., Borg V., & Bjorner J.B. *The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire*. Scand J Public Health, 2010. 38(3 Suppl): p. 8-24.
28. Kroposki M. & Alexander J.W. *Workplace Variables and Their Relationship to Quality Client Outcomes in Home Health*. Public Health Nursing, 2004. 21(6): p. 555-563.
29. Jarrín O.F., Kang Y., & Aiken L.H. *Pathway to better patient care and nurse workforce outcomes in home care*. Nurs Outlook, 2017. 65(6): p. 671-678.
30. Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations. *Organizing for safety: Third report of the ACSNI study group on human factors*, ed. H.M.S.O. 1993, London
31. Kohn L., Corrigan J., Donaldson M., & eds. *To Err is Human: Building a Safer Health System*, N.A. Press, Editor. 2000: Washington DC.
32. Lawati M.H.A.L., Dennis S., Short S.D., & Abdulhadi N.N. *Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review*. BMC Family Practice, 2018. 19(1): p. 104.
33. Hofmann D.A. & Mark B. *An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes*. Personnel Psychology, 2006. 59(4): p. 847-869.
34. Ree E. & Wiig S. *Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services*. BMC Health Serv Res, 2019. 19(1): p. 607.
35. Rodziewicz T.L., Houseman B., & Hipskind J.E. *Medical Error Reduction and Prevention*, in *StatPearls*. 2022, StatPearls Publishing LLC.: Treasure Island (FL).
36. Health Quality Ontario. *Patient Safety Learning Systems: A Systematic Review and Qualitative Synthesis*. Ont Health Technol Assess Ser, 2017. 17(3): p. 1-23.
37. Zohar D. *Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications*. J Appl Psychol, 1980(65(1)): p. 96-102.
38. Sexton J.B., Helmreich R.L., Neilands T.B., Rowan K., Vella K., Boyden J., Roberts P.R., & Thomas E.J. *The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research*. BMC Health Services Research, 2006. 6(1): p. 44.
39. Lang A., Edwards N., & Fleiszer A. *Safety in home care: a broadened perspective of patient safety*. Int J Qual Health Care, 2008. 20(2): p. 130-5.
40. Abrahamson K., Hass Z., Morgan K., Fulton B., & Ramanujam R. *The Relationship Between Nurse-Reported Safety Culture and the Patient Experience*. J Nurs Adm, 2016. 46(12): p. 662-668.
41. Berland A., Holm A.L., Gundersen D., & Bentsen S.B. *Patient safety culture in home care: experiences of home-care nurses*. J Nurs Manag, 2012. 20(6): p. 794-801.
42. Fishman L., Bruhwiler L., & Schwappach D. *[Medication safety in Switzerland: Where are we today?]*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2018. 61(9): p. 1152-1158.
43. Meyer-Masseti C., Meier C.R., & Guglielmo B.J. *The scope of drug-related problems in the home care setting*. Int J Clin Pharm, 2018. 40(2): p. 325-334.
44. Meyer-Masseti C., Kaiser E., Hedinger-Grogg B., Luterbacher S., & Hersberger K. *[Medication safety in the home care setting: error-prone process steps]*. Pflege, 2012. 25(4): p. 261-9.
45. Meyer-Masseti C., Hofstetter V., Hedinger-Grogg B., Meier C.R., & Guglielmo B.J. *Medication-related problems during transfer from hospital to home care: baseline data from Switzerland*. Int J Clin Pharm, 2018. 40(6): p. 1614-1620.
46. Schur N., Twerenbold S., Reinau D., Schwenkglens M., & Meier C.R. *Rapport sur les médicaments Helsana 2020*. 2020; Available from: <https://www.helsana.ch/fr/groupe-helsana/medias-publications/helsana-reports/rapport-sur-les-medicaments.html>.
47. Pereira F., Verloo H., Zhivko T., Di Giovanni S., Meyer-Masseti C., von Gunten A., Martins M.M., & Wernli B. *Risk of 30-day hospital readmission associated with medical conditions and drug regimens of polymedicated, older inpatients discharged home: a registry-based cohort study*. BMJ Open, 2021. 11(7): p. e052755.



48. Meyer-Masseti C., Krummenacher E., Hedinger-Grogg B., Luterbacher S., & Hersberger K.E. *Medication safety in the home care setting: Development and piloting of a Critical Incident Reporting System*. *Pflege*, 2016. 29(5): p. 247-255.
49. World Health Organization. *Patient safety: global action on patient safety: report by the Director-General*. 2018, World Health Organization: Geneva.
50. Diedrich D., Zuniga F., & Meyer-Masseti C. [Medication management in home care-The medication use process from the perspective of clients and their caregivers]. *Z Gerontol Geriatr*, 2021.
51. Gentizon J., Bula C., & Mabire C. *Littérature en matière de médicaments des patients âgés : compétences nécessaires à l'autogestion des médicaments*. *Revue Médicale Suisse*, 2020. 16(714): p. 2165-2168.
52. Künzi K. & Haslebacher K. *Untersuchung von Schnittstellen im Altersbereich der Stadt Bern*. 2009; Available from: https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2009/Schnittstellen_im_Altersbereich_AVA_Bericht.pdf.
53. Haig K.M., Sutton S., & Whittington J. *SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians*. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 2006. 32(3): p. 167-75.
54. Australian Medical Association. *10 Minimum Standards for Communication between Health Services and General Practitioners and other Treating Doctors*. 2017.
55. Kaelber D.C. & Bates D.W. *Health information exchange and patient safety*. *J Biomed Inform*, 2007. 40(6 Suppl): p. S40-5.
56. Renfro C.P., Ferreri S., Barber T.G., & Foley S. *Development of a Communication Strategy to Increase Interprofessional Collaboration in the Outpatient Setting*. *Pharmacy (Basel)*, 2018. 6(1).
57. Sellors C., Sellors J., Levine M., Chan D., Dolovich L., & Howard M. *Computer Networking to Enhance Pharmacist-Physician Communication: A Pilot Demonstration Project in Community Settings*. *Canadian Pharmacists Journal / Revue des Pharmaciens du Canada*, 2004. 137(8): p. 26-30.
58. Schroder C., Medves J., Paterson M., Byrnes V., Chapman C., O'Riordan A., Pichora D., & Kelly C. *Development and pilot testing of the collaborative practice assessment tool*. *J Interprof Care*, 2011. 25(3): p. 189-95.
59. McKay C.A. & Crippen L. *Collaboration Through Clinical Integration*. *Nursing Administration Quarterly*, 2008. 32(2): p. 109-116.
60. Saint-Pierre C., Herskovic V., & Sepúlveda M. *Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review*. *Fam Pract*, 2018. 35(2): p. 132-141.
61. Möckli N., Espinosa J.A., Simon M., Meyer-Masseti C., & Zúñiga F. *Clarifying the muddy concept of home healthcare coordination: A comprehensive theoretical framework*. *Heliyon*, 2023: p. e14243.
62. Izumi S., Barfield P.A., Basin B., Mood L., Neunzert C., Tadesse R., Bradley K.J., & Tanner C.A. *Care coordination: Identifying and connecting the most appropriate care to the patients*. *Res Nurs Health*, 2018. 41(1): p. 49-56.
63. De Gani S.M., Jaks R., Bieri U., & Kocher J.P. *Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG*. 2021, Zürich, Careum Stiftung: Zürich.
64. Schultz E.M. & McDonald K.M. *What is care coordination?* *International Journal of Care Coordination*, 2014. 17(1-2): p. 5-24.
65. Swan B., Haas S., & Jessie A. *Care Coordination: Roles of Registered Nurses Across the Care Continuum*. *Nursing economic\$*, 2019. 37(6): p. 317-323.
66. Breckenridge E.D., Kite B., Wells R., & Sunbury T.M. *Effect of Patient Care Coordination on Hospital Encounters and Related Costs*. *Popul Health Manag*, 2019. 22(5): p. 406-414.
67. Tricco A.C., Antony J., Ivers N.M., Ashoor H.M., Khan P.A., Blondal E., Ghassemi M., MacDonald H., Chen M.H., Ezer L.K., & Straus S.E. *Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-analysis*. *Canadian Medical Association Journal*, 2014. 186(15): p. E568.
68. Squires A., Ridge L., Miner S., McDonald M.V., Greenberg S.A., & Cortes T. *Provider Perspectives of Medication Complexity in Home Health Care: A Qualitative Secondary Data Analysis*. *Med Care Res Rev*, 2019: p. 1077558719828942.
69. Jain P., Agarwal A., & Behara R. *Care Coordination: A Systematic Review and a New Perspective*. in *2017 IEEE 17th International Conference on Bioinformatics and Bioengineering (BIBE)*. 2017.
70. McGuinness C. & Sibthorpe B. *Development and initial validation of a measure of coordination of health care*. *Int J Qual Health Care*, 2003. 15(4): p. 309-18.



71. Haggerty J.L., Roberge D., Freeman G.K., Beaulieu C., & Bréton M. *Validation of a generic measure of continuity of care: when patients encounter several clinicians*. *Ann Fam Med*, 2012. 10(5): p. 443-51.
72. Jimenez G., Matchar D., Koh G.C.H., Tyagi S., van der Kleij R., Chavannes N.H., & Car J. *Revisiting the four core functions (4Cs) of primary care: operational definitions and complexities*. *Prim Health Care Res Dev*, 2021. 22: p. e68.
73. Pomey M., Flora L., Karazivan P., Dumez V., Lebel P., Vanier M., & Jouet E. *The Montreal Model: The Challenges of a Partnership Relationship between Patients and Healthcare Professionals*. *Santé Publique*, 2015: p. 41-50.
74. Brügger S., Sottas B., Kissmann S., Keel S., & Dell'Eva E. *Kompetente Kooperation von Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen mit betreuenden Angehörigen. Schlussbericht des Forschungsmandats G08 des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020»*. 2020.
75. Gregory A., Mackintosh S., Kumar S., & Grech C. *Experiences of health care for older people who need support to live at home: A systematic review of the qualitative literature*. *Geriatr Nurs*, 2017. 38(4): p. 315-324.
76. Gittel J.H. *Relational coordination: Guidelines for theory, measurement and analysis*. Waltham, MA: Brandeis University, 2011.
77. Brügger S., Rime S., & Sottas B. *Angehörigenfreundliche Versorgungskoordination. Schlussbericht*. 2019.
78. Fringer A. *Das Buchser Pflegeinventar für häusliche Krisensituationen (BLiCK) Analysen, Werkzeuge und Empfehlungen zur Krisenintervention*. 2019: Bern: Hogrefe.
79. Wright L.M., Leahey M., Shajani Z., & Snell D. *Familienzentrierte Pflege, Lehrbuch für Familien-Assessment und Intervention*. 2021: 3. Auflage. Dt Hrsg. von Barbara Preusse-Bleuler. Bern: Hogrefe.
80. Office fédéral de la statistique. *Aide informelles*. 2018; Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/aides-informelles.html>.
81. Otto U., Leu A., Bischofberger I., Gerlich R., & Riguzzi M. *Besoins des proches aidants en matière de soutien et de décharge – enquête auprès de la population*. 2019.
82. Manojlovich M. & Sidani S. *Nurse dose: what's in a concept?* *Res Nurs Health*, 2008. 31(4): p. 310-9.
83. Gruber E.M., Zeiser S., Schroder D., & Buscher A. *Workforce issues in home- and community-based long-term care in Germany*. *Health Soc Care Community*, 2021. 29(3): p. 746-755.
84. Towers A.-M., Smith N., Allan S., Vadean F., Collins G., Rand S., Bostock J., Ramsbottom H., Forder J., Lanza S., & Cassell J. *Care home residents' quality of life and its association with CQC ratings and workforce issues: the MiCareHQ mixed-methods study*. 2021. 9: p. 19.
85. Office fédéral de la statistique. *Indicateurs du marché du travail 2022 - Résultats commentés*. 2022; Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees.assetdetail.23144032.html>.
86. Williamson L., Burog W., & Taylor R.M. *A scoping review of strategies used to recruit and retain nurses in the health care workforce*. *J Nurs Manag*, 2022. 30(7): p. 2845-2853.
87. Fikar C. & Hirsch P. *Home health care routing and scheduling: A review*. *Computers & Operations Research*, 2017. 77: p. 86-95.
88. Holm S.G. & Angelsen R.O. *A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: how do employees use their working time?* *BMC Health Services Research*, 2014. 14(1): p. 439.
89. Joo J.Y. & Liu M.F. *Case management effectiveness in reducing hospital use: a systematic review*. *Int Nurs Rev*, 2017. 64(2): p. 296-308.
90. van der Hulst M., van Veldhoven M., & Beckers D. *Overtime and need for recovery in relation to job demands and job control*. *J Occup Health*, 2006. 48(1): p. 11-9.
91. Sturm H., Rieger M.A., Martus P., Ueding E., Wagner A., Holderried M., & Maschmann J. *Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital*. *PLoS One*, 2019. 14(1): p. e0209487.
92. de Castro A.B., Fujishiro K., Rue T., Tagalog E.A., Samaco-Paquiz L.P., & Gee G.C. *Associations between work schedule characteristics and occupational injury and illness*. *Int Nurs Rev*, 2010. 57(2): p. 188-94.
93. Watanabe M. & Yamauchi K. *The effect of quality of overtime work on nurses' mental health and work engagement*. *J Nurs Manag*, 2018. 26(6): p. 679-688.



94. Simon M., Müller B.H., & Hasselhorn H.M. *Leaving the organization or the profession - a multilevel analysis of nurses's intentions*. J Adv Nurs, 2010. 66: p. 616-26.
95. Wickwire E.M., Geiger-Brown J., Scharf S.M., & Drake C.L. *Shift Work and Shift Work Sleep Disorder: Clinical and Organizational Perspectives*. Chest, 2017. 151(5): p. 1156-1172.
96. Wang X.S., Armstrong M.E., Cairns B.J., Key T.J., & Travis R.C. *Shift work and chronic disease: the epidemiological evidence*. Occup Med (Lond), 2011. 61(2): p. 78-89.
97. Gascon S., Leiter M.P., Andres E., Santed M.A., Pereira J.P., Cunha M.J., Albesa A., Montero-Marin J., Garcia-Campayo J., & Martinez-Jarreta B. *The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout*. J Clin Nurs, 2013. 22(21-22): p. 3120-9.
98. Lorenz V.R., Benatti M.C., & Sabino M.O. *Burnout and stress among nurses in a university tertiary hospital*. Rev Lat Am Enfermagem, 2010. 18(6): p. 1084-91.
99. Halter M., Boiko O., Pelone F., Beighton C., Harris R., Gale J., Gourlay S., & Drennan V. *The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews*. BMC Health Serv Res, 2017. 17(1): p. 824.
100. Manthey M. *The Practice of Primary Nursing*. 2002, Minneapolis (MN): Creative Health Care Management.
101. Schewior-Popp S., Sitzmann F., & Ullrich L. *Thiemes Pflege*, ed. G.T.V. KG. 2017: Georg Thieme Verlag KG.
102. Tubbs-Cooley H.L., Mara C.A., Carle A.C., & Gurses A.P. *The NASA Task Load Index as a measure of overall workload among neonatal, paediatric and adult intensive care nurses*. Intensive Crit Care Nurs, 2018. 46: p. 64-69.
103. Bagheri Hosseinabadi M., Akbari H., Hamed A., Gholami-Fesharaki M., & Ghasemi M. *The association of nursing workloads, organizational, and individual factors with adverse patient outcome*. Iranian Red Crescent Medical Journal, 2017. 19(4): p. 9.
104. Hignett S., Edmunds Otter M., & Keen C. *Safety risks associated with physical interactions between patients and caregivers during treatment and care delivery in Home Care settings: A systematic review*. Int J Nurs Stud, 2016. 59: p. 1-14.
105. Bagheri Hosseinabadi M., Khanjani N., Etemadinezhad S., Samaei S.E., Raadabadi M., & Mostafaei M. *The associations of workload, individual and organisational factors on nurses' occupational injuries*. J Clin Nurs, 2019. 28(5-6): p. 902-911.
106. Lotfi Fatemi N., Karimi Moonaghi H., & Heydari A. *Perceived Challenges Faced by Nurses in Home Health Care Setting: A Qualitative Study*. Int J Community Based Nurs Midwifery, 2019. 7(2): p. 118-127.
107. Hertzum M. *How Demanding Is Healthcare Work? A Meta-Analytic Review of TLX Scores*. Stud Health Technol Inform, 2021. 286: p. 55-59.
108. Halcomb E., Smyth E., & McInnes S. *Job satisfaction and career intentions of registered nurses in primary health care: an integrative review*. BMC Fam Pract, 2018. 19(1): p. 136.
109. Garza J.A. & Taliaferro D. *Job Satisfaction Among Home Healthcare Nurses*. Home Healthc Now, 2021. 39(1): p. 20-24.
110. McCreary D.D.J. *Home Health Nursing Job Satisfaction and Retention: Meeting the Growing Need for Home Health Nurses*. Nurs Clin North Am, 2020. 55(1): p. 121-132.
111. Nylén-Eriksen M., Grov E.K., & Bjørnnes A.K. *Nurses' job involvement and association with continuing current position-A descriptive comparative study*. J Clin Nurs, 2020. 29(13-14): p. 2699-2709.
112. Tourangeau A.E., Patterson E., Saari M., Thomson H., & Cranley L. *Work-related factors influencing home care nurse intent to remain employed*. Health Care Manage Rev, 2017. 42(1): p. 87-97.
113. Kivimäki M., Vanhala A., Pentti J., Lämsäsalmi H., Virtanen M., Elovainio M., & Vahtera J. *Team climate, intention to leave and turnover among hospital employees: Prospective cohort study*. BMC Health Services Research, 2007. 7(1): p. 170.
114. Tummers L.G., Groeneveld S.M., & Lankhaar M. *Why do nurses intend to leave their organization? A large-scale analysis in long-term care*. J Adv Nurs, 2013. 69(12): p. 2826-38.
115. Brborović H., Daka Q., Dakaj K., & Brborović O. *Antecedents and associations of sickness presenteeism and sickness absenteeism in nurses: A systematic review*. Int J Nurs Pract, 2017. 23(6).
116. Kinman G. *Sickness presenteeism at work: prevalence, costs and management*. Br Med Bull, 2019. 129(1): p. 69-78.
117. Promotion Santé Suisse. *Job Stress Index 2020. Monitorage des indicateurs du stress chez les personnes actives en Suisse*. 2020.



118. Office fédéral de la statistique. *Enquête suisse sur la santé 2017. Vue d'ensemble*. 2018; Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante.assetdetail.6426303.html>.
119. Schaufeli W.B. & Greenglass E.R. *Introduction to special issue on burnout and health*. Psychol Health, 2001. 16(5): p. 501-10.
120. Jun J., Ojemeni M.M., Kalamani R., Tong J., & Crecelius M.L. *Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: Systematic review*. Int J Nurs Stud, 2021. 119: p. 103933.
121. Kristensen T.S., Borritz M., Villadsen E., & Christensen K.B. *The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout*. Work & Stress, 2005. 19(3): p. 192-207.
122. Sexton J.B., Schwartz S.P., Chadwick W.A., Rehder K.J., Bae J., Bokovoy J., Doram K., Sotile W., Adair K.C., & Profit J. *The associations between work-life balance behaviours, teamwork climate and safety climate: cross-sectional survey introducing the work-life climate scale, psychometric properties, benchmarking data and future directions*. BMJ Qual Saf, 2017. 26(8): p. 632-640.
123. Phoo N.N.N. & Reid A. *Determinants of violence towards care workers working in the home setting: A systematic review*. Am J Ind Med, 2022. 65(6): p. 447-467.
124. Schnell A., Ott S., Zeller A., & Mayer H. *Aggressive incidents in home care services and organizational support: A cross-sectional survey in Switzerland*. J Nurs Manag, 2021.
125. Byon H.D., Lee M., Choi M., Sagherian K., Crandall M., & Lipscomb J. *Prevalence of type II workplace violence among home healthcare workers: A meta-analysis*. Am J Ind Med, 2020. 63(5): p. 442-455.
126. Escribano R.B., Beneit J., & Luis Garcia J. *Violence in the workplace: some critical issues looking at the health sector*. Heliyon, 2019. 5(3): p. e01283.
127. De Pietro C., Camenzind P., Sturny I., Crivelli L., Edwards-Garavoglia S., Spranger A., Wittenbecher F., & Quentin W. *Switzerland: Health System Review*. Health Syst Transit, 2015. 17(4): p. 1-288, xix.
128. Département fédéral de l'intérieur (DFI). *Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie*. 2019; Available from: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/fr.
129. Alders P. & Schut F.T. *The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right?* Health Policy, 2019. 123(3): p. 312-316.
130. Janssen D., Jongen W., & Schröder-Bäck P. *Exploring the impact of austerity-driven policy reforms on the quality of the long-term care provision for older people in Belgium and the Netherlands*. Journal of Aging Studies, 2016. 38: p. 92-104.
131. Plaisier I., Verbeek-Oudijk D., & de Klerk M. *Developments in home-care use. Policy and changing community-based care use by independent community-dwelling adults in the Netherlands*. Health Policy, 2017. 121(1): p. 82-89.
132. Theobald H., Szebehely M., Saito Y., & Ishiguro N. *Marketisation policies in different contexts: Consequences for home-care workers in Germany, Japan and Sweden*. International Journal of Social Welfare, 2018. 27(3): p. 215-225.
133. INFRAS, Landolt Rechtsanwälte, & Careum Forschung. *Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung*. 2018, Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit.
134. Office fédéral de la statistique. *Coût et financement du système de santé en 2020: résultats provisoires*. 2022; Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/cout-financement.gnpdetail.2022-0099.html>.
135. Moody E., Ganann R., Martin-Misener R., Ploeg J., Macdonald M., Weeks L.E., Orr E., McKibbin S., & Jefferies K. *Out-of-pocket expenses related to aging in place for frail older people: a scoping review*. JBI Evid Synth, 2021. 20(2): p. 537-605.
136. Osborn R., Squires D., Doty M.M., Sarnak D.O., & Schneider E.C. *In New Survey Of Eleven Countries, US Adults Still Struggle With Access To And Affordability Of Health Care*. Health Aff (Millwood), 2016. 35(12): p. 2327-2336.
137. Sum G., Hone T., Atun R., Millett C., Suhrcke M., Mahal A., Koh G.C., & Lee J.T. *Multimorbidity and out-of-pocket expenditure on medicines: a systematic review*. BMJ Glob Health, 2018. 3(1): p. e000505.
138. Knöpfel C., Leitner J., Meuli N., & Pardini R. *Das frei verfügbare Einkommen älterer Menschen in der Schweiz*. 2019.
139. Office fédéral de la santé publique. *Statistique de l'assurance-maladie obligatoire. Édition 2020*. 2022, Office fédéral de la santé publique.
140. Knöpfel C. *Die Kosten des Alterns*, in *Angewandte GERONTOLOGIE Appliquée*. 2/19. S. 20-22. 2019.



141. Hümbelin O., Richard T., Schuwey C., Luchsinger L., & Fluder R. *Nichtbezug von bedarfsabhängigen Sozialleistungen im Kanton Basel-Stadt – Ausmass und Beweggründe 2021*, Bern: Bericht im Auftrag des Amtes für Sozialbeiträge des Kantons Basel-Stadt.
142. Knöpfel C., Pardini R., & Heinzmann C. *Gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Eine Bestandesaufnahme*. 2018: Zürich: Seismo-Verlag.
143. Osakwe Z.T., Osborne J.C., Samuel T., Bianco G., Céspedes A., Odlum M., & Stefancic A. *All alone: A qualitative study of home health aides' experiences during the COVID-19 pandemic in New York*. *Am J Infect Control*, 2021. 49(11): p. 1362-1368.
144. van den Bulck A.O.E., de Korte M.H., Metzelthin S.F., Elissen A.M.J., Everink I.H.J., Ruwaard D., & Mikkers M.C. *In the Eye of the Storm: A Quantitative and Qualitative Account of the Impact of the COVID-19 Pandemic on Dutch Home Healthcare*. *Int J Environ Res Public Health*, 2022. 19(4).
145. INFRAS. *Corona-Krise: Analyse der Situation von älteren Menschen und von Menschen in Institutionen*. 2021: Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Zürich.
146. Sama S.R., Quinn M.M., Galligan C.J., Karlsson N.D., Gore R.J., Kriebel D., Prentice J.C., Osei-Poku G., Carter C.N., Markkanen P.K., & Lindberg J.E. *Impacts of the COVID-19 Pandemic on Home Health and Home Care Agency Managers, Clients, and Aides: A Cross-Sectional Survey, March to June, 2020*. *Home Health Care Management & Practice*, 2021. 33(2): p. 125-129.
147. Institute for Healthcare Improvement. *Patient Safety in the Home Assessment of Issues, Challenges, and Opportunities*. 2017, Institute for Healthcare Improvement (IHI).
148. World Health Organization. *Inovative Care for chronic conditions: Building Blocks for Action*. 2002, World Health Organization: Geneva.
149. OECD. *Caring for Quality in Health: Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality, OECD Reviews of Health Care Quality*. 2017, Paris: OECD Publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264267787-en>.
150. Office fédéral de la statistique. *Aide et soins à domicile*. 2017; Available from:
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/aide-soins-domicile.html>.
151. Office fédéral de la statistique. *Statistique de l'aide et des soins à domicile. Résultats 2014 : chiffres et tendances*. 2015.
152. Lobsiger M. & Kägi W. *Analyse der Strukturhebung und Berechnung von Knappheitsindikatoren zum Gesundheitspersonal (Obsan Dossier 53)*. 2016, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Neuchâtel.
153. World Health Organization. *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. 2006, World Health Organization: Geneva Switzerland.
154. Bachnick S., Ausserhofer D., Januel J.M., Schubert M., Schwendimann R., De Geest S., & Simon M. *Matching Registered Nurse services with changing care demands (Match(RN)) : study protocol of a natural experiment multi-centre study*. *J Adv Nurs*, 2017. 73(7): p. 1735-1746.
155. Sermeus W., Aiken L.H., Van den Heede K., Rafferty A.M., Griffiths P., Moreno-Casbas M.T., Busse R., Lindqvist R., Scott A.P., Bruyneel L., Brzostek T., Kinnunen J., Schubert M., Schoonhoven L., & Zikos D. *Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology*. *BMC Nurs*, 2011. 10: p. 6.
156. Van Eenoo L., van der Roest H., van Hout H., & Declercq A. *Quality of Care and Job Satisfaction in the European Home Care Setting: Research Protocol*. *Int J Integr Care*, 2016. 16(3): p. 14.
157. Cammann C., Fichman M., Jenkins D., & Klesh J. *The Michigan organizational assessment questionnaire*. 1979: New York : Wiley-Interscience.
158. Schwendimann R., Zúñiga F., Ausserhofer D., Schubert M., Engberg S., & de Geest S. *Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP): protocol of an observational study*. *J Adv Nurs*, 2014. 70(4): p. 915-26.
159. Gaudenz C., De Geest S., Schwendimann R., & Zúñiga F. *Factors Associated With Care Workers' Intention to Leave Employment in Nursing Homes: A Secondary Data Analysis of the Swiss Nursing Homes Human Resources Project*. *J Appl Gerontol*, 2019. 38(11): p. 1537-1563.
160. Thomas C.L., Spitzmüller C., Amspoker A.B., Modi V., Tran T., Naik A.D., Woodard L., Auron A., & Hysong S.J. *A Systematic Literature Review of Instruments to Measure Coordination*. *J Healthc Manag*, 2018. 63(3): p. e1-e18.
161. Zúñiga F., Chu C.H., Boscart V., Fagertun A., Gea-Sánchez M., Meyer J., Spilsbury K., Devi R., Haunch K., Zheng N., & McGilton K.S. *Recommended Common Data Elements for International Research in Long-Term Care Homes: Exploring the Workforce and Staffing Concepts of Staff Retention and Turnover*. *Gerontol Geriatr Med*, 2019. 5: p. 2333721419844344.



162. Hasselhorn H.M. & Freude G. *Der Work-ability-Index: ein Leitfaden*. 2007: Wirtschaftsverl. NW, Verlag für Neue Wiss.
163. Zackrisson E.J. *Organizational Coordination and Communication: The Development and Testing of an Integrative Model*. 2017, UC Santa Barbara.
164. Orchard C.A., King G.A., Khalili H., & Bezzina M.B. *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): development and testing of the instrument*. *J Contin Educ Health Prof*, 2012. 32(1): p. 58-67.
165. Office fédéral de la statistique. *Enquête suisse sur la santé 2017 - Questionnaires téléphonique et écrit*. 2019; Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/sgb.assetdetail.7606610.html>.
166. Oh H., Eom M., & Kwon Y. *A study on aggressive behavior among nursing home residents with cognitive impairment*. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 2004. 34(8): p. 1451-9.
167. Agency for Healthcare Research and Quality. *CAHPS Home Health Care Survey*. 2018; Available from: <https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/home/index.html>.
168. van der Roest H.G., van Eenoo L., van Lier L.I., Onder G., Garms-Homolová V., Smit J.H., Finne-Soveri H., Jónsson P.V., Draisma S., Declercq A., Bosmans J.E., van Hout H.P.J., Frijters D.H., Joling K.J., Bernabei R., Vetrano D.L., Carfi A., Schoen J., Lau H.M., Wisselink H.-Y., Bremner J., Calabro M., Dix O., Khan U., Vezzosi M., Jokinen S., Magnúsdóttir B., Valgerður Kristinsdóttir I., Sakki J., Noro A., & project I.B. *Development of a novel benchmark method to identify and characterize best practices in home care across six European countries: design, baseline, and rationale of the IBenC project*. *BMC Health Services Research*, 2019. 19(1): p. 310.
169. Borowsky S.J., Nelson D.B., Fortney J.C., Hedeén A.N., Bradley J.L., & Chapko M.K. *VA community-based outpatient clinics: performance measures based on patient perceptions of care*. *Med Care*, 2002. 40(7): p. 578-86.
170. Office fédéral de la statistique. *Statistique de l'aide et des soins à domicile (SPITEX)*. 2019; Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/spitex.assetdetail.8033.html>.
171. Office fédéral de la statistique. *Questionnaire ménage*. 2019; Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/publications.assetdetail.9687429.html>.
172. Siqeca F., Obas K., Yip O., Stenz S., Vounatsou P., Briel M., Schwenkglenks M., Quinto C., Blozik E., Zeller A., Zullig L.L., De Geest S., & Deschodt M. *The INSPIRE Population Survey: development, dissemination and respondent characteristics*. *BMC Medical Research Methodology*, 2021. 21(1): p. 131.



Appendice

A1. Contexte de l'étude

En Suisse, le domaine de l'aide et des soins à domicile (ASaD) est confronté à des exigences croissantes. Les personnes âgées et les personnes souffrant de maladies chroniques veulent rester le plus longtemps possible dans leurs propres murs, même dans des situations de soins complexes [147, 148]. Simultanément, les séjours à l'hôpital sont de plus en plus courts, car la prise en charge à domicile est plus économique que celle offerte en institution [149]. Cela augmente non seulement la complexité et la gravité des situations de soins et d'assistance suivies à domicile, mais également le nombre de client-e-s que l'ASaD traite chaque année [150].

Avec le nombre de client-e-s le besoin en personnel augmente aussi. Depuis quelques années, l'ASaD enregistre la plus forte croissance annuelle dans le secteur de la santé en Suisse [150, 151]. Malgré diverses mesures, une pénurie de personnel soignant se dessine [152]. La pression sur les coûts de l'ASaD ne cesse d'augmenter et tend à aggraver la situation.

Pour des raisons historiques, les prestations dans le domaine de la santé ont longtemps été axées sur les soins aigus. Même si une réorientation vers les soins de longue durée est en cours, elle ne parvient pas à suivre le rythme des changements rapides du système de santé [149]. Ce dernier est de plus en plus fragmenté, avec un manque de coordination et de communication entre les prestataires de services [147, 149, 153], ce qui rend le travail de l'ASaD plus difficile.

La combinaison de tous ces problèmes met en danger la qualité des soins [147, 149]. Une bonne qualité est pourtant essentielle pour éviter les hospitalisations inutiles, les complications au niveau de la santé et les coûts inutiles [149].

Nous savons actuellement peu de choses sur les facteurs liés au système et à l'exploitation des services qui influencent effectivement la coordination et la qualité de l'ASaD. Et surtout, l'importance des exigences légales et des conditions-cadre réglementaires pour la coordination et la qualité de l'ASaD a fait l'objet de très peu de recherches. Nous ne savons donc ni comment ces facteurs systémiques affectent les structures et les processus des services, ni comment les facteurs systémiques et les facteurs liés à l'exploitation des services sont associés à la gestion du personnel de l'ASaD et à sa capacité à offrir une bonne coordination et une bonne qualité de prise en charge.

Ces lacunes importantes dans la connaissance du domaine de l'ASaD ont incité l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle et la Haute École de Santé de Fribourg à mener une étude nationale sur l'aide et les soins à domicile. Un modèle théorique, présenté dans la Figure A1, a été élaboré pour la préparation de la thématique. Le modèle montre les liens possibles en termes de coordination et de qualité.

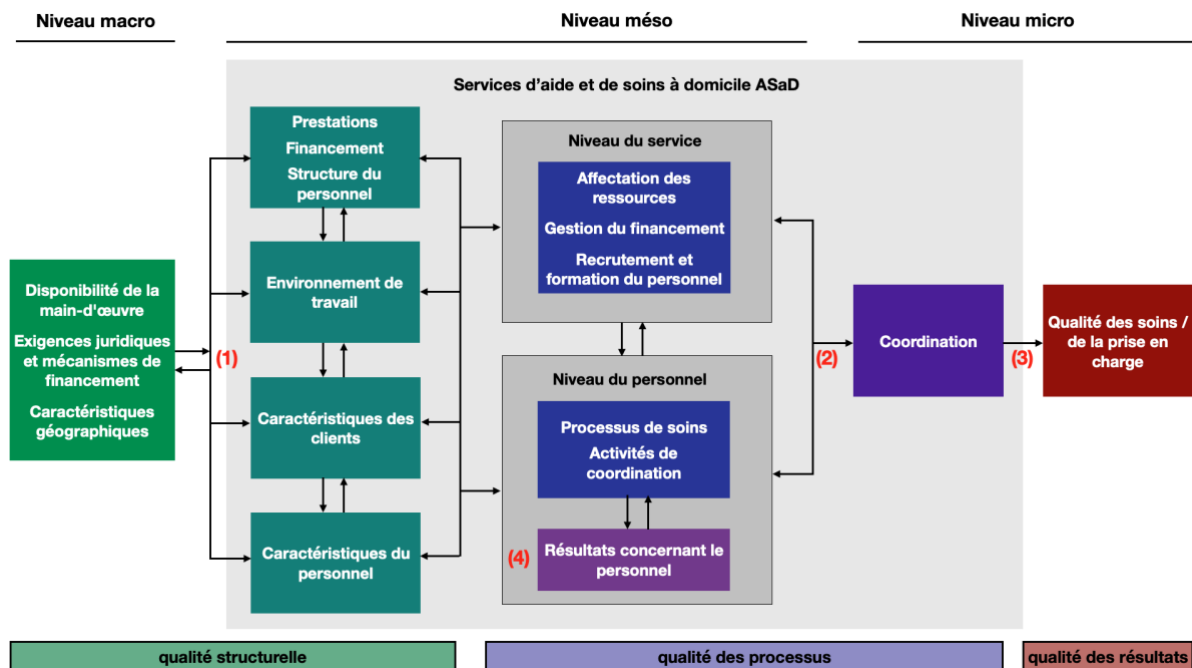


Figure A1 : Modèle théorique

A2. Objectifs

Les objectifs de l'étude sont en particulier d'explorer :

- (1) Comment les facteurs liés au système (niveau macro) sont associés avec leur organisation, les processus et l'environnement de travail des services d'aide et de soins à domicile (ASaD) (niveau méso) ?
- (2) Comment les facteurs liés au système et les facteurs liés au service sont associés à la coordination des prestations de santé au niveau micro ?
- (3) Comment les facteurs liés au système, les facteurs liés au service et la coordination par le personnel de l'ASaD sont associés avec la qualité des soins et du système de santé (niveau micro) ?
- (4) Comment les facteurs liés au service sont associés aux résultats concernant le personnel (p. ex. rétention du personnel, taux de rotation, satisfaction au travail) ?

A3. Méthodes

SPOT^{nat} est une étude nationale transversale centrée sur le domaine de l'ASaD. L'ensemble du projet de recherche a duré quatre ans.

Formation de l'échantillon

L'échantillon pour l'étude a été constitué selon une procédure en trois étapes :

- (1) Sur la base des sept grandes régions suisses, nous avons réalisé un échantillon aléatoire de services d'ASaD (environ 100 services). Nous avons veillé à ce que le nombre et l'organe porteur des services (mission de droit public, privée à but non lucratif, privée à but lucratif) soient équilibrés. Les services avec moins de dix collaborateur·rice·s et les infirmier·e·s indépendant·e·s ont été exclus.
- (2) Au sein des services participant à l'étude, tous les collaborateur·rice·s qui y travaillent depuis au moins 3 mois et qui sont âgés d'au moins 18 ans ont été invités à participer à l'étude. Si plus de 100 collaborateur·rice·s travaillent dans un service, nous avons procédé à une sélection aléatoire, afin de limiter l'échantillon à 100 collaborateur·rice·s.
- (3) Dans chaque service participant, un échantillon aléatoire de 50 client·e·s a été constitué. Dans les organisations comptant moins de 70 client·e·s, l'enquête a porté sur toute la clientèle. Les client·e·s



sélectionné·e·s et leurs proches ont également été invité·e·s à participer à l'étude. Seul·e·s les client·e·s âgé·e·s d'au moins 60 ans et bénéficiant de prestations de soins ou de soins et d'aide ménagère ont été inclus·es.

A4. Collecte de données

La collecte de données a eu lieu entre janvier 2021 et septembre 2021, en utilisant quatre sources de données :

Questionnaire pour la direction / service (B) : Les informations sur les fonctionnements et les processus ont été recueillies au moyen d'un questionnaire destiné aux services. Celui-ci a été complété par les directeur·rice·s et/ou responsables des services d'ASaD participants.

Questionnaire pour le personnel (P) : Les informations sur l'environnement de travail, les activités du personnel, sa perception de la qualité des soins et les résultats concernant le personnel ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire rempli par le personnel de chaque organisation.

Questionnaires pour les client·e·s et leurs proches (K respectivement A) : Les expériences des client·e·s et de leurs proches sur la coordination et la qualité des soins et du système de santé ont été collectées par deux questionnaires écrits.

Données des client·e·s saisies électroniquement : Dans les services qui ont enregistré les données de leurs client·e·s électroniquement, les Données Administratives et Requêtes (DAR) ont été exportées dans la mesure du possible, à fin d'obtenir des informations sur l'état de santé et l'utilisation des services d'ASaD. De plus, les indicateurs de qualité ont été calculés pour les organisations qui collectent des données avec le système logiciel RAI-HC (Resident Assessment Instrument — Home Care).

Des informations sur les exigences légales et les mécanismes de financement ont en outre été recueillies par le biais des associations cantonales d'aide et de soins à domicile et par le biais des documents de la Confédération, des cantons et des communes.

A5. Analyse des données

Les questionnaires reçus ont été saisis par l'Institut des sciences sociales de Fribourg (D) — FIFAS. La saisie des données a été systématiquement assortie de contrôles de qualité.

La validité et la plausibilité des données ont été vérifiées. L'analyse des données a été réalisée au moyen du logiciel de statistiques R¹⁹. Les pourcentages, les moyennes (M), les écarts-types (ET), les médianes (Md) et les écarts interquartiles (EI) ont été calculés pour décrire les résultats.

¹⁹ <https://www.r-project.org>

A6. Échelles

Échelle	Cronbach's alpha (SPOT™)	Texte de l'item	Options de réponse	Calcul	Interprétation
Leadership					
Nurse Manager Ability, Leadership and Support of Nurses Instrument : Practice Environment Scale- Nurse Work Index [25]	0.874	P1- Le/la supérieur·e hiérarchique soutient le personnel du service d'aide et de soins à domicile. P2- Les supérieur·e-s hiérarchiques utilisent les erreurs (p. ex. dans les soins et l'assistance) pour apprendre mutuellement, et non pour critiquer. P3- Le/la responsable direct·e est un·e dirigeant·e compétent·e. P4- Le travail bien fait est l'objet de félicitations et de reconnaissance. P5- Le/la responsable de l'unité soutient son personnel dans ses prises de décision, même s'il y a un conflit avec les autres professionnel·le-s de la santé ou les client·e-s.	1= Pas du tout d'accord 2= Plutôt pas d'accord 3= Plutôt d'accord 4= Tout à fait d'accord	Valeur moyenne des cinq items	Une valeur moyenne ≥ 3 correspond à un assentiment. Plus le niveau d'assentiment est élevé, plus le leadership est jugé bon.
Dotation en personnel					
Staffing Resource Adequacy Instrument : Practice Environment Scale – Nursing Work Index [25]	0.728	P6- Il y a suffisamment de temps et de possibilités pour discuter avec les autres soignant·e-s des problèmes de soins rencontrés. P7- La dotation en personnel soignant qualifié est suffisante pour prodiguer des soins de qualité. P8- La dotation en personnel soignant dans l'équipe est suffisante pour effectuer le travail requis.	1= Pas du tout d'accord 2= Plutôt pas d'accord 3= Plutôt d'accord 4= Tout à fait d'accord	Valeur moyenne des trois items	Une valeur moyenne ≥ 3 correspond à une approbation. Plus le score est élevé, plus le personnel perçoit les ressources disponibles et l'affectation du personnel comme étant bonnes.

Échelle	Cronbach's alpha (SPOT™)	Texte de l'item	Options de réponse	Calcul	Interprétation
Prévisibilité					
Predictability Instrument : Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) [27]	0.745	P9- Au travail, êtes-vous informé-e suffisamment à l'avance des changements au sujet par exemple de décisions importantes, de changements ou de projets pour le futur ? P10- Recevez-vous toutes les informations dont vous avez besoin pour bien faire votre travail ?	0= Dans une très faible mesure 25= Dans une faible mesure 50= Plus ou moins 75= Dans une grande mesure 100= Dans une très grande mesure	Valeur moyenne des deux items	Plus la valeur est élevée, plus la prévisibilité du travail est jugée bonne.
Clarté des rôles					
Role Clarity Instrument : Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) [27]	0.731	P11- Votre travail a-t-il des objectifs clairs ? P12- Savez-vous exactement quelles tâches relèvent de votre responsabilité ?	0= Dans une très faible mesure 25= Dans une faible mesure 50= Plus ou moins 75= Dans une grande mesure 100= Dans une très grande mesure	Valeur moyenne des deux items	Plus la valeur est élevée, plus le personnel juge que les rôles sont clairs.
Conflits de rôles					
Role Conflicts Instrument : Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) [27]	0.704	P13- Au travail, êtes-vous soumis-e à des demandes contradictoires ? P14- Devez-vous parfois faire des choses qui auraient dû être faites autrement ?	0= Dans une très faible mesure 25= Dans une faible mesure 50= Plus ou moins 75= Dans une grande mesure 100= Dans une très grande mesure	Valeur moyenne des deux items	Plus la valeur est élevée, plus les conflits de rôles sont jugés importants.

Échelle	Cronbach's alpha (SPOT™)	Texte de l'item	Options de réponse	Calcul	Interprétation
Soutien social (collègues)					
Social support from colleagues Instrument : Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) [27]	0.619	16- À quelle fréquence recevez-vous de l'aide et du soutien de la part de vos collègues ? 17- À quelle fréquence vos collègues vous parlent-ils de la qualité de votre travail ?	0= Presque jamais / jamais 25= Rarement 50= Parfois 75= Souvent 100= Souvent	Valeur moyenne des deux items	Plus la valeur est élevée, plus le personnel perçoit le soutien apporté par ses collègues comme important.
Soutien social (responsables)					
Social support from supervisors Instrument : Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) [27]	0.747	P18- À quelle fréquence recevez-vous de l'aide et du soutien de la part de votre supérieur.e hiérarchique ? P19- À quelle fréquence votre supérieur.e hiérarchique vous parle-t-il/elle de la qualité de votre travail ?	0= Presque jamais/jamais 25= Rarement 50= Parfois 75= Souvent 100= Toujours	Valeur moyenne des deux items	Plus la valeur est élevée, plus le personnel perçoit le soutien apporté par son/sa responsable comme important.
Travail en équipe					
Teamwork climate Instrument : Safety Attitudes Questionnaires [38]	0.851	P21- Dans cette équipe, les propositions et les idées sont bien accueillies (par ex. concernant l'organisation du travail, la réalisation des soins). P22- Dans cette équipe, il est facile d'aborder un problème concernant les soins prodigués aux client.e-s. P23- Dans cette équipe, les désaccords sont clarifiés de manière adéquate (c.-à.-d., non pas en fonction de celui ou celle qui a raison, mais en fonction de ce qui est le plus favorable pour les client.e-s). P24- J'obtiens le soutien nécessaire de la part de mes collègues pour soigner les client.e-s. P25- Dans cette équipe, les personnes peuvent facilement poser des questions	1= Pas du tout d'accord 2= Plutôt pas d'accord 3= Neutre 4= Plutôt d'accord 5= Tout à fait d'accord	Valeur moyenne des six items	Une moyenne ≥ 4 reflète l'adhésion, soit une bonne collaboration.

Échelle	Cronbach's alpha (SPOT™)	Texte de l'item	Options de réponse	Calcul	Interprétation
		<p>lorsqu'elles ne comprennent pas quelque chose.</p> <p>P26- Dans cette équipe de soins, les différent·e·s professionnel·le·s travaillent ensemble en tant qu'équipe bien coordonnée.</p>			
Climat de sécurité					
<p>Safety climate Instrument : Safety Attitudes Questionnaires [38]</p>	0.861	<p>P27- Si j'étais client·e dans cette équipe d'ASaD, je me sentirais soigné·e et accompagné·e en toute sécurité.</p> <p>P28- Dans cette équipe, les erreurs sont traitées de manière appropriée.</p> <p>P29- Je sais comment je dois agir pour aborder les questions concernant la sécurité des client·e·s de ce service d'ASaD.</p> <p>P30- Je reçois des feedbacks (retours) appropriés concernant mon travail.</p> <p>P31- Dans cette équipe, il est facile de parler des erreurs.</p> <p>P32- Je suis encouragé·e par mes collègues à dire si j'observe ou constate qu'un·e client·e peut éventuellement être en danger.</p> <p>P33- L'esprit d'équipe de cette équipe permet aisément d'apprendre à partir des erreurs commises par les autres.</p>	<p>1= Pas du tout d'accord</p> <p>2= Plutôt pas d'accord</p> <p>3= Neutre</p> <p>4= Plutôt d'accord</p> <p>5= Tout à fait d'accord</p>	Valeur moyenne des sept items	Une moyenne ≥ 4 indique un assentiment, soit un climat de sécurité positif.

Échelle	Cronbach's alpha (SPOT™)	Texte de l'item	Options de réponse	Calcul	Interprétation
Communication et échange d'informations					
Communication and Information Exchange Instrument : Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT) [58]	0.872	<p>P48- Les renseignements pertinents concernant des changements de statut ou de plan de traitement du/de la client-e sont rapportés au membre approprié du groupe le plus rapidement possible.</p> <p>P49- J'ai confiance dans la justesse des renseignements rapportés par les autres professionnel-le-s.</p> <p>P50- Nous traitons efficacement des préoccupations des client-e-s par le biais de réunions de groupe et de discussions sur une base régulière.</p> <p>P51- Notre groupe de prise en charge a développé des stratégies de communication efficaces afin de partager les objectifs de traitement des client-e-s, les objectifs de soins et leurs résultats.</p> <p>P52- Nos réunions de prise en charge offrent un environnement ouvert, confortable, et sécuritaire afin de discuter des demandes / préoccupations.</p> <p>P53- Le dossier du/de la client-e est utilisé efficacement par tous les membres du groupe comme outil de communication.</p>	1= Pas du tout d'accord 2= Majoritairement pas d'accord 3= Plutôt pas d'accord 4= Neutre 5= Plutôt d'accord 6= Majoritairement d'accord 7= Tout à fait d'accord	Valeur moyenne des six items.	Une moyenne ≥ 5 correspond à un accord, c'est-à-dire à une bonne communication et un bon échange d'informations.

Échelle	Cronbach's alpha (SPOT ^{nat})	Texte de l'item	Options de réponse	Calcul	Interprétation
Manque de coordination					
Échelle « Manque de coordination » (SPOT ^{nat} , 2020)	0.846	<p>À quelle fréquence arrive-t-il que...</p> <p>P60- ... les client·e·s ne disposent pas de tous les médicaments ou pas des bons médicaments ?</p> <p>P61- ... aucune ordonnance / prescription / liste actuelle des médicaments ne soit disponible ?</p> <p>P62- ... personne du service d'aide et de soins à domicile n'ait été impliqué à la sortie d'un séjour hospitalier ?</p> <p>P63- ... vous ne soyez pas suffisamment informé·e de l'état d'un·e client·e ? (par exemple : informations non disponibles ou que partiellement documentées)</p> <p>P64- ... vous receviez trop tard des informations importantes sur le/la client·e ?</p> <p>P65-... il n'y ait pas assez de temps pour discuter des situations critiques des client·e·s avec d'autres prestataires ?</p> <p>P66-... aucun médecin ne soit joignable à temps dans une situation urgente ?</p>	0= Jamais/presque jamais 1= Rarement 2= Parfois 3= Souvent 4= Très souvent	Valeur moyenne des sept items	Un score élevé indique un manque de coordination fréquent.

Échelle	Cronbach's alpha (SPOT™)	Texte de l'item	Options de réponse	Calcul	Interprétation
Coordination relationnelle avec les proches aidants					
Relational Coordination Scale [76]	0.822	<p>P72- À quelle fréquence les personnes proches aidantes communiquent-elles avec vous au sujet de l'accompagnement / des soins de vos client-e-s ?</p> <p>P73- À quelle fréquence les personnes proches aidantes communiquent-elles à temps avec vous au sujet de l'accompagnement / des soins de vos client-e-s ?</p> <p>P74- À quelle fréquence les personnes proches aidantes communiquent-elles précisément / correctement avec vous au sujet de l'accompagnement / des soins de vos client-e-s ?</p> <p>P75- Si des problèmes surviennent durant l'accompagnement / les soins, à quelle fréquence les personnes proches aidantes collaborent-elles avec vous pour résoudre le problème ?</p> <p>P76- À quelle fréquence les personnes proches aidantes sont-elles au courant du travail que vous faites pour les soins / l'assistance des client-e-s ?</p> <p>P77- À quelle fréquence les personnes proches aidantes apprécient-elles le travail que vous faites pour les soins / l'assistance des client-e-s ?</p> <p>P78- Dans quelle mesure les personnes proches aidantes partagent-elles vos objectifs en matière de soins aux client-e-s ?</p>	1= Jamais 2= Rarement 3= Parfois 4= Souvent 5= En permanence	Valeur moyenne des sept items	Plus le score est élevé, plus la coordination relationnelle est jugée bonne.

Échelle	Cronbach's alpha (SPOT™)	Texte de l'item	Options de réponse	Calcul	Interprétation
Perception de la charge de travail					
National Aeronautics and Space Administration Task Load Index (NASA-TLX) [1]	0.611	<p>Pendant votre dernier jour de travail...</p> <p>P88- ... combien d'activité mentale était nécessaire (par exemple penser, décider, compter, se rappeler, regarder, chercher, etc.) ?</p> <p>P89-... combien d'activité physique était nécessaire (par exemple pousser, tirer, tourner, lever, etc.) ?</p> <p>P91-... combien de pression du temps avez-vous ressenti concernant la fréquence ou la rapidité avec laquelle vous avez dû effectuer les tâches ?</p> <p>P92- ... à quel point étiez-vous satisfait·e de votre prestation ?</p> <p>P93- ... à quel point avez-vous dû faire des efforts (mentalement et physiquement) pour exécuter votre prestation ?</p> <p>P94- ... à quel point vous êtes-vous senti·e frustré·e (incertain·e, découragé·e, irrité·e, stressé·e et agacé·e), par opposition à vous être senti·e sûr·e, encouragé·e, satisfait·e, détendu·e et content·e ?</p>	1= bas à 20= haut (Échelle à 20 points)	Valeur moyenne des six items (l'item P92 ayant été préalablement recodé, c'est-à-dire codé en sens inverse)	Plus la valeur est élevée, plus la charge est perçue comme étant élevée.

Échelle	Cronbach's alpha (SPOT™)	Texte de l'item	Options de réponse	Calcul	Interprétation
Burnout					
Personal Burnout Instrument : Copenhagen Burnout Inventory (CBI) [121]	0.896	P122- À quelle fréquence vous sentez-vous fatigué-e ? P123- À quelle fréquence êtes-vous épuisé-e physiquement ? P124- À quelle fréquence êtes-vous épuisé-e émotionnellement ? P125- À quelle fréquence pensez-vous : « Je n'en peux plus » ? P126- À quelle fréquence vous sentez-vous épuisé-e ? P127- À quelle fréquence vous sentez-vous faible et susceptible de tomber malade ?	0= Jamais/Presque jamais 25= Rarement 50= Parfois 75= Souvent 100= Toujours	Valeur moyenne des six items	Plus le score est élevé, plus le degré d'épuisement (burnout) est sévère (fréquence élevée des états cités).
Work-life climate					
Work-life climate [122]	0.754	Au cours des 7 derniers jours de travail, combien de fois, à cause du travail avez-vous / êtes-vous... P128- ... sauté un repas ? P129- ... mangé de façon déséquilibrée ? P130- ... travaillé un service en continu, sans pause ? P131- ... rentré.e plus tard que prévu ? P132- ... eu des troubles du sommeil ? P133- ... dormi moins de 5 heures par nuit ? P134- ... changé vos plans personnels / familiaux ?	1= Presque jamais/Jamais (≤ 1 jour de travail) 2= Rarement (1-2 jours de travail) 3= Parfois (3-4 jours de travail) 4= Toujours (5-7 jours de travail)	Valeur moyenne des sept items	Plus le score est élevé, plus l'équilibre entre le travail et la vie privée est mauvais.

Échelle	Cronbach's alpha (SPOT™)	Texte de l'item	Options de réponse	Calcul	Interprétation
Perception de la coopération du personnel d'ASaD					
Nominated provider sur la base de l'Instrument Client Perceptions of Coordination Questionnaire [70]	0.687	<p>Au cours des 2 derniers mois :</p> <p>K8- Selon vous, à quelle fréquence la personne du service d'aide et de soins à domicile a-t-elle échangé des informations avec d'autres personnes qui s'occupent de votre santé ?)</p> <p>K9- À quelle fréquence la personne du service d'aide et de soins à domicile vous a-t-elle impliqué-e pour décider de vos soins / de l'assistance ?</p> <p>K10- À quelle fréquence la personne du service d'aide et de soins à domicile vous parle-t-elle des soins / de l'assistance prévus pour la suite ?</p>	1= Jamais 2= Rarement 3= Parfois 4= Souvent 5= Toujours	Valeur moyenne des trois items	Une valeur élevée indique une appréciation positive de la coopération et de la coordination.
Évaluation du rôle de coordination					
Coordination Role Instrument : Patient-Perceived Continuity of Care from Multiple Clinicians (CC-MC) [71]	0.854	<p>K12- À quel point la personne de ce service d'ASaD connaît-elle vos besoins de santé ?</p> <p>K13- D'après vous, à quel point cette personne du service d'ASaD est-elle à jour pour les soins qui vous sont donnés par d'autres personnes ?</p> <p>K14- À quel point la personne du service d'ASaD vous aide-t-elle à obtenir les soins dont vous avez besoin de la part d'autres professionnel-le-s ?</p> <p>K15- D'après vous, à quel point la personne du service d'ASaD contacte-t-elle les autres professionnel-le-s au sujet de votre santé ?</p>	<p>Pour K12-K14 :</p> 1= Pas du tout 2= Un peu 3= Modérément 4= Bien 5= Très bien <p>Pour K15-K16 :</p> 1= Jamais 2= Rarement 3= Parfois	Valeur moyenne pondérée des items K12-K16 $(0.8 * K12 + 0.9 * K13 + 1.0 * K16 + 1.1 * K14 + 1.2 * K15)$	Plus la valeur de l'échelle est élevée, meilleure est l'évaluation du rôle de coordination.

Échelle	Cronbach's alpha (SPOT™)	Texte de l'item	Options de réponse	Calcul	Interprétation
		K16- Dans quelle mesure la personne du service d'ASaD garde-t-elle contact avec vous, même lorsque vous recevez des soins dans d'autres endroits ?	4= Souvent 5= Très souvent		
Vécu de la coordination des prestations de santé					
Role Clarity & Coordination between Clinics Instrument : Patient-Perceived Continuity from Multiple Clinicians (CC-MC) [71]	0.728	K25- Y a-t-il eu des moments où certain-e-s professionnel-le-s de la santé (par exemple votre médecin de famille, les soins à domicile, thérapeute(s)) vous ont dit des choses contradictoires à propos de votre santé ? K26- Y a-t-il eu des moments où certain-e-s professionnel-le-s de la santé semblaient ne pas bien travailler ensemble ? K27- Y a-t-il eu des moments où certain-e-s de ces professionnel-le-s de la santé semblaient ne pas savoir qui devait faire quoi pour vos soins ?	1= Jamais 2= Presque jamais 3= Parfois 4= Souvent 5= Très souvent	Recodage des options de réponse en 0 (jamais, rarement) et 1 (parfois, souvent, très souvent). Addition des réponses dichotomisées des trois items (c'est-à-dire que les valeurs de la somme peuvent aller de 0 à 3)	Plus la valeur de l'échelle est élevée, plus la coordination est perçue comme mauvaise.

Échelle	Cronbach's alpha (SPOT™)	Texte de l'item	Options de réponse	Calcul	Interprétation
Relational Coordination (Coordination relationnelle)					
Relational Coordination Scale [76]	0.897	<p>A12- À quelle fréquence cette personne de référence communique-t-elle avec vous au sujet des soins / de l'assistance de votre proche ?</p> <p>A13- À quelle fréquence cette personne de référence communique-t-elle avec vous à temps au sujet des soins / de l'assistance de votre proche ?</p> <p>A14- À quelle fréquence cette personne de référence communique-t-elle exactement / correctement avec vous, au sujet des soins / de l'assistance de votre proche ?</p> <p>A15- Si des problèmes surviennent dans les soins / l'assistance, à quelle fréquence cette personne de référence collabore-t-elle avec vous pour résoudre le problème ?</p> <p>A16- À quelle fréquence cette personne de référence est-elle au courant des tâches que vous effectuez pour soigner / accompagner votre proche ?</p> <p>A17- À quelle fréquence cette personne de référence reconnaît-elle la valeur du travail que vous faites pour soigner / accompagner votre proche ?</p> <p>A18- Dans quelle mesure cette personne de référence partage-t-elle vos objectifs en matière de soins / d'assistance de votre proche ?</p>	1= Jamais 2= Rarement 3= Parfois 4= Souvent 5= En permanence	Valeur moyenne des sept items	Des valeurs plus élevées indiquent une meilleure coordination relationnelle.

Échelle	Cronbach's alpha (SPOT™)	Texte de l'item	Options de réponse	Calcul	Interprétation
Relational Coordination Scale [76]	0.950	A19- À quelle fréquence les personnes de ce service d'ASaD communiquent-elles avec vous au sujet des soins / de l'assistance de votre proche ? A20- À quelle fréquence les personnes de ce service d'ASaD communiquent-elles avec vous à temps au sujet des soins / de l'assistance de votre proche ? A21- À quelle fréquence les personnes de ce service d'ASaD communiquent-elles exactement / correctement avec vous au sujet des soins / de l'assistance de votre proche ? A22- Si des problèmes surviennent au cours des soins / de l'assistance, à quelle fréquence les personnes de ce service d'ASaD collaborent- elles avec vous pour résoudre le problème ? A23- À quelle fréquence les personnes du service d'ASaD sont- elles au courant des tâches que vous effectuez pour soigner / accompagner votre proche ? A24- À quelle fréquence les personnes du service d'ASaD reconnaissent-elles la valeur du travail que vous faites pour soigner / accompagner votre proche ? A25- Dans quelle mesure les personnes du service d'ASaD partagent-elles vos objectifs concernant la prise en charge de votre proche ?	1= Jamais 2= Rarement 3= Parfois 4= Souvent 5= En permanence	Valeur moyenne des sept items	Des valeurs plus élevées indiquent une meilleure coordination relationnelle.

Tableau A1 : Échelles

A7. Sources des items non développés par l'équipe SPOT^{nat}

Item (s)	Source (adapté ou pris de)	Item (s)	Source (adapté ou pris de)
P1-P5	Practice Environment Scale – Nursing Work Index (PES-NWI) [25]	P90, P95	Matching Registered Nurse services with changing care demands (MatchRN) [154], Registered Nurse Forecasting (RN4CAST) [155]
P6-P8	Practice Environment Scale – Nursing Work Index (PES-NWI) [25]	P96	Étude IBenC [156]
P9-P14, P16-P20	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) [27]	P100-P106	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) [27]
P21-P33	Safety Attitudes Questionnaires (SAQ) [38]	P107	Registered Nurse Forecasting (RN4CAST) [155]
P34, P39	Registered Nurse Forecasting (RN4CAST) [155]	P108-P110, P112	Michigan Organizational Assessment Questionnaire- MOAQ [157]
P40	Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP) [158]	P111	Gaudenz et al. [159]
P43-P46	Scale items to assess the three Integrating Conditions of the Okhuysen and Bechky Model [160]	P113	Zúñiga et al. [161]
P48-P53	Communication and Information Exchange Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT) [58]	P114, P116	Work ability index [162]
P55-P57	Zackrisson et al. [163]		
P72-P78	Relational Coordination Scale [76]	P115, P121	Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP) [11, 158]
P82-P85	Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS) [164]	P117-P120	Enquête suisse sur la santé 2017 [165]
P86, P87, P97	Étude IBenC [156] et basés sur les résultats de l'étude de Izumi et al. [62]	P122- P127	Copenhagen Burnout Inventory (CBI) [121]
P88, P89, P91, P92, P93, P94	National Aeronautics and Space Administration Task Load Index (NASA-TLX) [1]	P128-P135	Work-life climate [122]

P= questionnaire pour le personnel

Item (s)	Source (adapté ou pris de)	Item (s)	Source (adapté ou pris de)
P136-P140	Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP) [161], Rydens's Aggressions Scale [166]	A31	Client Perceptions of Coordination Questionnaire (CPCQ) [70]
K1,K2,K4-K5,K20-K24	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Home Health Care Survey [167]	A33-A34	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Home Health Care Survey [167]
K7-K10, K30	Client Perceptions of Coordination Questionnaire (CPCQ) [70]	B3, B4, B6, B7, B8, B15, B17, P87 B18, B19, B20, B25, B26, B42	INFRAS [133]
K12-K16, K25-K27	Patient Perceived Continuity from Multiple Clinicians [71]	B5, B10, B34, B37, B54	Étude IBenC [168]
K29	National VA Patient Satisfaction with Care Survey [169]	B33, B35, B38, B40, B49, B50, B55, B56, B57, B60, B61	Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP) [11]
K42-K46, K51-K52	Enquête suisse sur la santé 2017 [165]	B27, B41	Statistique de l'aide et des soins à domicile [170]
K47	Questionnaire ménage 2019 [171]		
K49-K50	The INSPIRE Population Survey [172]		
K57-K60	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Home Health Care Survey [167]		
A12-A25	Relational Coordination Scale [76]		

K= questionnaire pour les client-e-s, A= questionnaire pour les proches, B= questionnaire direction / service

Tableau A2 : Sources des items



SPOT^{nat}

Universität Basel
Pflegerwissenschaft – Nursing Science (INS)
Departement Public Health
Bernoullistrasse 28
4056 Basel, Schweiz

spotnat.nursing.unibas.ch