



Universität
Basel

Medizinische Fakultät
Departement Public Health

Pflegewissenschaft
Nursing Science

SHURP
2018¹

Swiss Nursing Homes
Human Resources Project

Rapport final

Personnel et qualité des soins
dans les établissements médico-
sociaux en Suisse alémanique et
en Suisse romande

Bâle, avril 2021



**Universität
Basel**

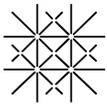
Medizinische Fakultät
Departement Public Health

Pflegewissenschaft
Nursing Science

Étude SHURP 2018 – Rapport final
Personnel et qualité des soins dans les établissements médico-sociaux en
Suisse alémanique et en Suisse romande

Bâle, Avril 2021

Franziska Zúñiga; Lauriane Favez; Sonja Baumann; Annette Kindlimann; Aislinn Oeri; Brigitte Benkert;
Catherine Blatter; Anja Renner; Simone Baumgartner-Violand; Christine Serdaly; Dietmar Ausserhofer;
Cédric Mabire; Michael Simon



L'étude SHURP 2018 (Swiss Nursing Homes Human Resources Project) est un projet de recherche qui vise à apporter une meilleure compréhension des conditions structurelles et organisationnelles des établissements médico-sociaux en Suisse, de la situation de leur personnel soignant et d'accompagnement et de celle de leurs résident.e.s. L'étude SHURP 2018 a été conduite par l'Institut des Sciences Infirmières de l'Université de Bâle (INS, Institut für Pflegewissenschaft).

Direction de l'étude :

Lauriane Favez, MSc | Université de Bâle | Cheffe de projet

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

Groupe de recherche :

Dr. Dietmar Ausserhofer | Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe Claudiana, Italien

Dr. Cédric Mabire | Université de Lausanne

Christine Serdaly, MA | Serdaly&Ankers, Conches

Prof. Dr. Michael Simon | Université de Bâle

Lauriane Favez, MSc | Université de Bâle

Dr. Franziska Zúñiga | Université de Bâle

Collaborateurs.trices scientifiques :

Sonja Baumann, MScN

Catherine Blatter, MScN

Marisa Damas, MSc

Annette Kindlimann, PhD

Aislinn Oeri, MSc

Leonel Oliveira

Anja Renner

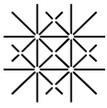
Janette Ribaut, MScN

Simone Baumgartner-Violand

Nous vous remercions de citer ce rapport d'étude comme suit :

Zúñiga, F., Favez, L., Baumann, S. et al. (2021). *Étude SHURP 2018 – Rapport final. Personnel et qualité des soins dans les établissements médico-sociaux en Suisse alémanique et en Suisse romande*. Université de Bâle. <https://shurp.unibas.ch/fr/shurp-2018-publications/>

Tous droits réservés.



Remerciements et préface

Dans ce rapport final, vous trouverez un résumé de l'étude SHURP 2018 (Swiss Nursing Homes Human Resources Project) auprès des établissements médico-sociaux (EMS) de Suisse alémanique et de Suisse romande. Nous avons mené une enquête approfondie sur la situation actuelle des EMS en mettant l'accent sur la qualité des soins, et spécifiquement sur les nouveaux indicateurs de qualité nationaux, ainsi que sur la qualité de l'environnement de travail et les résultats relatifs au personnel. Pour la première fois en Suisse, nous pouvons également décrire les caractéristiques des responsables d'unité et des infirmier.ère.s expert.e.s travaillant en EMS. Les résultats de l'étude fournissent un bon aperçu de la situation des EMS et une base pour le développement de la qualité des soins et de l'accompagnement, l'amélioration des conditions de travail, ainsi que pour la formation des dirigeant.e.s et la gestion des ressources humaines dans ce secteur. Le groupe de recherche a commencé et continuera à effectuer des analyses scientifiques approfondies, afin d'améliorer les connaissances dans ce secteur. Ces analyses seront régulièrement mises à disposition sur le site web de l'étude SHURP (<https://shurp.unibas.ch/fr/>).

Avec ce rapport final, nous souhaitons exprimer nos sincères remerciements aux établissements médico-sociaux ayant participé à l'étude SHURP 2018 pour leur soutien et leur coopération ! Sans l'engagement de tous les collaborateurs.trices, y compris les directeurs.trices d'EMS, les responsables des soins, les responsables d'unité, les infirmier.ère.s expert.e.s, le personnel soignant et d'accompagnement et le personnel travaillant dans les autres domaines de l'EMS, ce rapport n'aurait pas été possible.

Nous tenons également à remercier les membres du Groupe d'intérêt de l'étude SHURP 2018 pour leur soutien, leurs remarques et leurs conseils avisés tout au long de l'étude. Ce partage précieux a permis de cibler au mieux le contenu de l'étude. Nous remercions également notre partenaire de collaboration de la Haute école spécialisée bernoise ayant conduit les études RESPONS (Residents Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland) et RESPONS-FAM auprès des résident.e.s et de leurs proches.

Nous vous souhaitons une bonne lecture !

Franziska Zúñiga

Directrice de l'étude SHURP 2018

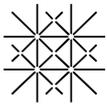
Lauriane Favez

Cheffe de projet SHURP 2018

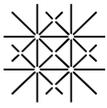


Table des matières

Liste des tableaux	vi
Liste des figures	viii
Abréviations	x
Résumé de l'étude	xi
1 Introduction	1
2 Structure du rapport et guide de lecture	1
3 Résultats	3
3.1 Résultats des établissements	3
3.1.1 Caractéristiques des établissements	3
3.1.2 Caractéristiques des unités	10
3.1.3 Caractéristiques des résident.e.s	11
3.1.4 Prestations de soins spécifiques – Offres d'accompagnement	12
3.1.5 Activités – Infrastructures spécifiques pour la démence	13
3.1.6 Organisation du système médical	16
3.1.7 Caractéristiques structurelles : sécurité des résident.e.s et qualité	20
3.1.8 Contrôle des infections	24
3.1.9 Documentation électronique des résident.e.s	25
3.2 Résultats liés aux résident.e.s	30
3.2.1 Qualité des soins et de l'accompagnement	30
3.2.2 Vue d'ensemble des indicateurs de qualité	31
3.2.3 Indicateurs de qualité – Mesures limitant la liberté de mouvement	37
3.2.4 Indicateurs de qualité – Malnutrition	43
3.2.5 Indicateurs de qualité – Douleur	50
3.2.6 Indicateurs de qualité – Polymédication	57
3.2.7 Hospitalisations	63
3.2.8 Situations d'agression	71
3.2.9 Soins centrés sur la personne	74
3.3 Personnel – Qualité de l'environnement de travail	79
3.3.1 Description du personnel	79
3.3.2 Qualité de l'environnement de travail	83
3.3.3 Tâches administratives	96
3.4 Personnel – Rationnement implicite des soins	101
3.4.1 Activités de la vie quotidienne	101
3.4.2 «Caring» – Réhabilitation – Surveillance	102
3.4.3 Documentation	104
3.4.4 Activités sociales	105
3.4.5 Vue d'ensemble des activités rationnées	106



3.5	Résultats de l'enquête auprès du personnel	107
3.5.1	Offres pour le personnel	107
3.5.2	Satisfaction au travail	108
3.5.3	Intention de quitter son travail	111
3.5.4	Compatibilité entre travail et vie familiale	114
3.5.5	Heures supplémentaire – Temps libre	117
3.5.6	Absence de longue durée – Absentéisme – Présentéisme	119
3.5.7	Problèmes de santé – Épuisement	121
3.6	Responsables d'unité	125
3.6.1	Description des responsables d'unité	125
3.6.2	Formation	125
3.6.3	Responsabilités	126
3.7	Infirmier.ère.s expert.e.s	128
3.7.1	Caractéristiques générales des infirmier.ère.s expert.e.s	129
3.7.2	Taux d'activité et horaires de travail	132
3.7.3	Rôles et compétences	132
3.7.4	Collaboration	134
3.7.5	Effets positifs du rôle des infirmier.ère.s expert.e.s	135
3.7.6	Développement des soins et amélioration de la qualité	136
4	Discussion	138
5	Conclusion	146
6	Bibliographie	148
7	Annexe	158
7.1	Contexte de l'étude	158
7.2	Les objectifs de l'étude	158
7.3	Échantillon et recrutement	159
7.4	Déroulement de l'enquête	159
7.5	Analyse des données	161



Liste des tableaux

Tableau 1 : Description des EMS participants selon leur taille.	4
Tableau 2 : Caractéristiques générales des établissements et capacités selon la région linguistique.	5
Tableau 3 : Données concernant le personnel selon la région linguistique.	6
Tableau 4 : Diplômes de formation continue des infirmier.ère.s selon la région linguistique.	9
Tableau 5 : Caractéristiques générales des unités selon la région linguistique.	11
Tableau 6 : Caractéristiques générales des résident.e.s selon la région linguistique.	12
Tableau 7 : Concept d'habitation des unités selon la taille des EMS.	15
Tableau 8 : Système médical selon la région linguistique.	17
Tableau 9 : Offres de soins médicaux selon la région linguistique.	18
Tableau 10 : Structures concernant la sécurité et la qualité selon la région linguistique.	21
Tableau 11 : Mesures d'amélioration de la qualité selon la région linguistique.	23
Tableau 12 : Contrôle des infections selon la région linguistique.	25
Tableau 13 : Utilité de la documentation électronique des résident.e.s selon les directeurs.trices.	28
Tableau 14 : Documentation électronique du point de vue du personnel soignant/d'accompagnement.	29
Tableau 15 : Qualité des soins et de l'accompagnement selon le personnel soignant et d'accompagnement et selon la région linguistique.	31
Tableau 16 : Définitions, ajustement des risques, critères d'exclusion : indicateurs de qualité nationaux.	33
Tableau 17 : Moyens technologiques utilisés comme mesures limitant la liberté de mouvement.	38
Tableau 18 : Accès à de l'expertise selon la taille de l'établissement et la région linguistique.	41
Tableau 19 : Opinions comparées vis-à-vis des mesures limitant la liberté de mouvement.	42
Tableau 20 : Structures concernant l'alimentation selon la taille des EMS.	45
Tableau 21 : Présence des proches lors des repas selon la région linguistique et la taille de l'EMS.	49
Tableau 22 : Conditions-cadres dans le domaine de la douleur selon la région linguistique.	53
Tableau 23 : Tâches du/de la pharmacien.ne selon la taille de l'EMS.	59
Tableau 24 : Contexte de la revue de la médication selon les responsables d'unité.	61
Tableau 25 : Fréquence de la disponibilité de documents dans l'unité le jour de l'entrée en EMS.	61
Tableau 26 : Facteurs influençant les hospitalisations selon les responsables d'unités et la région linguistique.	68
Tableau 27 : Structures et processus de soins centrés sur la personne selon les responsables d'unités et la région linguistique.	76
Tableau 28 : Soins centrés sur la personne selon le personnel soignant et d'accompagnement et la région linguistique.	78
Tableau 29 : Données au sujet du personnel interrogé.	80
Tableau 30 : Données sur le personnel soignant et d'accompagnement.	82
Tableau 31 : Niveau de formation des membres des autres groupes professionnels.	83



Tableau 32 : Qualité de l'environnement de travail – Leadership – Tous le personnel.	86
Tableau 33 : Qualité de l'environnement de travail – Ressources en personnel – Tous le personnel.	87
Tableau 34 : Qualité de l'environnement de travail – Travail d'équipe – Tous le personnel.	89
Tableau 35 : Qualité de l'environnement de travail – Climat de sécurité – Tous le personnel.	91
Tableau 36 : Collaboration – Tous le personnel.	93
Tableau 37 : Perception de l'amélioration de la qualité selon la région linguistique.	95
Tableau 38 : Comportement axé sur le changement – Tous le personnel.	96
Tableau 39 : Charge du travail administratif en comparaison avec l'année précédente.	99
Tableau 40 : Satisfaction au travail et recommandation de son employeur – Tous le personnel.	111
Tableau 41 : Intention de quitter son travail.	113
Tableau 42 : Compatibilité entre travail et vie privée et familiale.	116
Tableau 43 : Heures supplémentaires et temps libre – Tous le personnel.	118
Tableau 44 : Épuisement émotionnel et dépersonnalisation – Tous le personnel.	124
Tableau 45 : Responsabilités des responsables d'unité selon la région linguistique.	128
Tableau 46 : Caractéristiques des infirmier.ère.s expert.e.s interrogé.e.s selon la région linguistique.	130
Tableau 47 : Encadrement et formation de base et continue des infirmier.ère.s expert.e.s selon la région linguistique.	131
Tableau 48 : Rôles et compétences des infirmier.ère.s expert.e.s selon la région linguistique.	134
Tableau 49 : Activités des infirmier.ère.s expert.e.s liées à l'amélioration de la qualité selon la région linguistique.	138



Liste des figures

Figure 1 : Profil d'équipe selon la région linguistique.	7
Figure 2 : Prestations de soins et offres d'accompagnement des EMS selon la région linguistique.	13
Figure 3 : Activités proposées selon la région linguistique.	14
Figure 4 : Fréquence des activités proposées.	14
Figure 5 : Organisation de l'espace et du personnel dans l'unité selon la région linguistique.	16
Figure 6 : Accès à des thérapies et à des diagnostics à différents moments de la semaine.	19
Figure 7 : Caractéristiques des études de cas selon la région linguistique.	24
Figure 8 : Éléments de la documentation électronique des soins selon la région linguistique.	26
Figure 9 : Échange électronique de données médicales selon la région linguistique.	27
Figure 10 : Indicateurs de qualité : moyennes ajustées selon les risques et dispersion.	34
Figure 11 : Satisfaction avec les indicateurs de qualité – Comparaison	35
Figure 12 : Utilité des indicateurs de qualité pour le benchmarking et le suivi interne de la qualité.	36
Figure 13 : Partenaires de décision concernant les mesures limitant la liberté de mouvement.	39
Figure 14 : Accès à des spécialistes.	40
Figure 15 : Satisfaction concernant la gestion des mesures limitant la liberté de mouvement.	43
Figure 16 : Instruments existants pour l'évaluation de la malnutrition.	46
Figure 17 : Évaluation et suivi de la malnutrition.	48
Figure 18 : Satisfaction concernant la gestion de la malnutrition.	50
Figure 19 : Obstacles à la gestion de la douleur.	55
Figure 20 : Satisfaction concernant la gestion de la douleur.	57
Figure 21 : Système d'approvisionnement principal des médicaments.	59
Figure 22 : Satisfaction concernant la gestion de la polymédication.	63
Figure 23 : Gestion des hospitalisations dans l'unité selon la région linguistique.	65
Figure 24 : Situations d'agression vécues contre soi-même – Tous le personnel.	72
Figure 25 : Situations d'agression vues contre d'autres résident.e.s – Tous le personnel	72
Figure 26 : Charge des tâches administratives au quotidien.	98
Figure 27 : Temps consacré aux tâches administratives lors d'une journée «normale».	100
Figure 28 : Heures consacrées aux tâches administratives par catégorie professionnelle.	100
Figure 29 : Rationnement implicite du soutien aux activités de la vie quotidienne.	102
Figure 30 : Rationnement implicite des activités de care, de réhabilitation et de surveillance.	104
Figure 31 : Rationnement implicite de la documentation.	105
Figure 32 : Rationnement implicite des activités sociales.	106
Figure 33 : Intention de quitter son travail – Comparaison entre l'échantillon commun de 2013 et 2018.	114
Figure 34 : Aucun jour d'absence pour cause de maladie – Autres groupes professionnels.	121
Figure 35 : Problèmes de santé – Comparaison entre l'échantillon commun de 2013 et 2018.	123

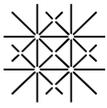


Figure 36 : Le plus haut niveau de formation des infirmier.ère.s expert.e.s.	132
Figure 37 : Qualité de la collaboration avec divers groupes professionnels selon les infirmier.ère.s expert.e.s.	135



Abréviations

ACP	Advance Care Planning
AFP	Attestation fédérale de formation professionnelle
APN	Advanced Practice Nurse
ASSC	Assistant.e en soins et santé communautaire
BESA	Bewohnerinnen Erfassungs- und Abrechnungssystem (Système de saisie et de comptabilisation des prestations de soins et d'accompagnement des résident.e.s)
BScN	Bachelor of Science in Nursing
CAS	Certificate of Advanced Studies
CFC	Certificat fédéral de capacité
CIRS	Critical Incident Reporting System
CPS	Cognitive Performance Scale
CRS	Croix-Rouge suisse
D	Suisse alémanique/Suisse allemande
DAS	Diploma of Advanced Studies
ECG	Électrocardiogramme
ECPA	Échelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes
EMS	Établissement médico-social
ET	Écart-type
ES	École supérieure : tertiaire B
F	Suisse romande/Suisse francophone
HES	Haute école spécialisée : tertiaire A
INS	Institut des Sciences Infirmières/Institute of Nursing Science
MAS	Master of Advanced Studies
MNA/MNA-SF	Mini Nutritional Assessment/Mini Nutritional Assessment Short-Form
MOY	Moyenne
MScN	Master of Science in Nursing
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
PLAISIR/PLEX	Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis
RAI-NH	Resident Assessment Instrument – Nursing Home
RESPONS	Residents Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland
SHURP	Swiss Nursing Homes Human Resources Project



Résumé de l'étude

Dans le cadre de l'étude Swiss Nursing Homes Human Resources Project 2018 (SHURP 2018), l'Institut des Sciences Infirmières de l'Université de Bâle a mené une enquête afin d'étudier pour la deuxième fois de manière approfondie la qualité des soins et la situation du personnel dans les établissements médico-sociaux (EMS) suisses. 4'442 membres du personnel soignant et d'accompagnement provenant de 118 EMS de Suisse alémanique et de Suisse romande, ainsi que 1'378 membres du personnel travaillant dans les autres secteurs de l'EMS (par ex., personnel de cuisine, de ménage, technique, paramédical), 385 responsables d'unité et 104 infirmier.ère.s expert.e.s ont répondu à l'enquête. En outre, 86 EMS ont fourni des informations au sujet des indicateurs nationaux de qualité dans les domaines des mesures limitant la liberté de mouvement, de la malnutrition, de la douleur et de la polymédication pour 6'893 résident.e.s. L'enquête a eu lieu entre septembre 2018 et octobre 2019. Sur les 118 établissements participants, 47 ont participé à l'étude SHURP pour la deuxième fois (la première édition a été menée en 2013), de sorte que l'analyse des données permet également d'avoir une vision longitudinale des évolutions ayant eu lieu ces dernières années.

Comme le montre les résultats de l'étude SHURP 2018, les EMS suisses fournissent des soins de bonne qualité. 90% du personnel interrogé juge que la qualité des soins est élevée. En comparaison internationale, peu de résident.e.s sont soumis à des mesures limitant la liberté de mouvement (2.5%) ou souffrent de malnutrition (4.1%). Il est par contre nécessaire pour les EMS d'agir dans certains domaines tels que celui de la polymédication (44.3% de résident.e.s prennent 9 principes actifs ou plus, et il existe une dispersion comprise entre 21.9% et 69.0% parmi les EMS participants) et de la planification anticipée du projet thérapeutique (seuls 69.8% des responsables d'unité déclarent, par exemple, que la volonté des résident.e.s concernant la réanimation est toujours clarifiée lors de leur admission en EMS).

Dans l'ensemble, les EMS s'impliquent de manière active dans le développement de la qualité. La moitié (50.8%) des établissements interrogés disposent d'un label de qualité, et plus de deux tiers d'entre eux disent être l'objet d'audits externes réguliers (71.6%), pratiquer un développement de la qualité axé sur les objectifs (80.5%), utiliser des indicateurs de qualité (79.5%) ou mener des projets d'amélioration de la qualité (68.6%). Les EMS attachent de l'importance à fournir des soins de qualité et travaillent en ce sens de manière continue. Cela s'exprime notamment par le fait que près de trois quarts des EMS emploient un.e infirmier.ère expert.e qui apporte une contribution importante au développement de la qualité.

Il y a malgré tout peu de ressources disponibles. L'un des plus grands défis auquel les EMS font face reste le fait de pouvoir recruter du personnel en suffisance et bien formé. Ainsi, 96% des établissements déclarent avoir des difficultés à recruter des infirmier.ère.s. Seul un peu moins de 50% du personnel soignant et d'accompagnement interrogé estime qu'il y a suffisamment de personnel pour effectuer le travail requis – le pourcentage était encore de 58% lors de la première enquête SHURP en 2013. De même, seuls 58%



des responsables d'unité estiment que le niveau de dotation en personnel dans leur unité est adéquat par rapport à la charge de travail. Plus d'un tiers du personnel soignant et d'accompagnement fait au moins 30 minutes d'heures supplémentaires par semaine et environ 60% des infirmier.ère.s décrivent une augmentation du travail administratif au cours de l'année précédente. En outre, on constate une nette augmentation du rationnement implicite des soins : par rapport à 2013, un nombre accru de personnes ont déclaré en 2018 ne pas pouvoir effectuer des activités individuelles et collectives avec les résident.e.s par manque de temps. De même, la proportion du personnel soignant et d'accompagnement qui déclare parfois ou souvent ne pas effectuer la conduite de la toilette (2013 : 17%, 2018 : 25%) ou les soins bucco-dentaires (2013 : 13%, 2018 : 20%) en raison d'un manque de ressources est en augmentation.

Ces données montrent que les EMS sont à la limite de leurs ressources en personnel et que, malgré tous leurs efforts, les établissements sont fortement contraints par les conditions-cadres (par ex., ressources financières, marché du travail) et que la pression augmente. Cela se reflète également dans les résultats relatifs au personnel. Le personnel est nettement plus nombreux qu'en 2013 à signaler un manque d'énergie, des troubles du sommeil et des douleurs dans les membres ou les articulations. L'étude montre également que le personnel soignant et d'accompagnement signale davantage de problèmes de santé, a davantage l'intention de démissionner et travaille avec des ressources en personnel plus restreintes que le personnel travaillant dans les autres secteurs de l'EMS.

Les résultats de l'étude montrent que les EMS font des efforts importants pour fournir des soins de bonne qualité aux résident.e.s, et ce avec des ressources limitées. Toutefois, il s'agit d'un équilibre fragile et des mesures sont nécessaires pour renforcer les EMS afin qu'ils puissent continuer à faire leur travail. Les EMS ont besoin de suffisamment de personnel et de personnel formé ainsi que de conditions-cadres qui leur permettent de déployer le bon personnel au bon endroit pour le bien-être des résident.e.s.



1 Introduction

SHURP 2018 (Swiss Nursing Homes Human Resources Project) est une étude transversale multisite à laquelle ont participé 118 établissements médico-sociaux (EMS) en Suisse (Suisse alémanique et Suisse romande). Cette étude a été menée par l'Institut des Sciences Infirmières de l'Université de Bâle entre 2018 et 2020. SHURP 2018 est la suite de la première édition de SHURP, menée en 2013, et s'appuie sur les résultats et les constats de cette première édition (1). L'étude reprend d'une part des éléments de l'enquête de 2013, et elle se concentre, d'autre part et en plus, sur les nouveaux indicateurs de qualité nationaux introduits dans les soins stationnaires de longue durée. L'étude analyse les relations de ces indicateurs avec les caractéristiques des établissements et du personnel, avec la qualité de l'environnement de travail et avec la charge de travail du personnel. L'étude a permis aux établissements participants d'identifier des éléments utiles pour favoriser la qualité des soins et le développement du personnel. Les résultats obtenus permettent également d'acquérir des connaissances en matière de soins de longue durée et de contribuer à la visibilité des EMS en Suisse. Enfin, l'étude SHURP 2018 est menée en collaboration avec l'étude RESPONS de la Haute école spécialisée bernoise (BFH) qui s'attelle, quant à elle, à la qualité des soins et à la qualité de vie telles que perçues par les résident.e.s et leurs proches, et qui offre ainsi un regard complémentaire sur les pratiques professionnelles en EMS.

2 Structure du rapport et guide de lecture

Le but du rapport national présenté ici est de décrire les résultats obtenus à partir des données collectées dans le cadre de l'étude SHURP 2018. Le rapport peut être utilisé comme un document de référence : le lecteur peut ainsi aborder un chapitre en tant que tel, sans avoir besoin de lire le rapport dans son intégralité. Pour comprendre quels sont les échantillons utilisés dans l'étude, nous vous recommandons de lire les chapitres 3.1.1 et 3.1.2 (caractéristiques des établissements et des unités), 0 (caractéristiques des résident.e.s) et 3.3.1 (caractéristiques du personnel). En raison de la procédure de recrutement (voir le chapitre 7.3), ainsi que des coûts de participation associés à l'enquête, il est vraisemblable que les données soient biaisées positivement ; c'est-à-dire que les résultats soient meilleurs que la situation réelle. Ceci car il est possible que, pour les motifs évoqués précédemment, nous ayons principalement recruté des EMS motivés et dans une situation opérationnelle stable. Pour ces raisons, nous supposons que l'échantillon n'est pas nécessairement représentatif de la situation en Suisse.

Dans ce rapport, les résultats sont décrits par rapport à divers critères, comme par exemple la taille de l'établissement (grand, moyen et petit), la région linguistique (Suisse alémanique et Suisse romande) ou les groupes professionnels, lorsque cela est pertinent. Selon les données, les résultats sont présentés sous forme de tableaux, de graphiques ou directement dans le texte. Les différences liées au statut juridique de



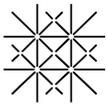
l'établissement (public vs privé) sont peu commentées, car les résultats ne montrent que très peu de différences sur cette base. Des analyses de corrélation plus approfondies (liens entre certains résultats) seront conduites ultérieurement et elles feront l'objet de publications sous forme d'articles scientifiques.

L'étude SHURP 2018 a repris en partie les questions qui ont été posées dans le cadre de la première édition de l'étude (SHURP 2013). Lorsque cela est possible et pertinent, les différences importantes entre 2013 et 2018 sont commentées dans ce rapport. Les lecteurs.trices intéressés peuvent trouver le rapport de SHURP 2013 ci-dessous: <https://shurp.unibas.ch/fr/conferences-publications-2/>. Lorsque nous commentons les différences entre les deux éditions, nous nous référons toujours à l'échantillon des 47 EMS ayant participé aux deux enquêtes, afin de ne pas biaiser la comparaison dans le temps en utilisant deux échantillons différents.

La partie principale de ce rapport se situe dans le chapitre 3 et présente les résultats principaux de l'enquête. Il débute avec la présentation des caractéristiques des établissements et des unités (Chapitre 3.1), ce qui permet de disposer d'une vue d'ensemble de l'échantillon de l'étude SHURP 2018. Ces données proviennent de questionnaires destinés aux cadres supérieurs et aux responsables d'unité. Dans le cas des cadres supérieurs, selon les établissements, des personnes ayant des fonctions différentes ont rempli le questionnaire (directeurs.trices ou responsables des soins). Étant donné que la majorité des personnes ayant répondu au questionnaire ont un rôle de directeur.trice, c'est ainsi que nous les nommons dans le texte. Puis, les résultats en lien avec les résident.e.s sont présentés (Chapitre 3.2). Ce sous-chapitre contient la partie principale de ce rapport et se concentre sur le thème des indicateurs de qualité. Les deux sous-chapitres suivants s'intéressent à la qualité de l'environnement de travail du point de vue du personnel (Chapitre 3.3) et à l'ampleur du rationnement implicite des soins (Chapitre 3.4). Les résultats concernant le personnel sont présentés dans le sous-chapitre suivant avec d'une part, les résultats provenant du personnel soignant et d'accompagnement, et d'autres part, ceux provenant du personnel travaillant dans les autres secteurs de l'EMS, comme par exemple le personnel de cuisine, le personnel hôtelier ou le personnel technique (Chapitre 3.5). Les deux derniers sous-chapitres de la partie principale du rapport contiennent une description des caractéristiques et des activités des responsables d'unité (Chapitre 3.6) et des infirmier.ère.s expert.e.s (Chapitre 3.7) dans le domaine des soins de longue durée, ce qui constitue une première pour la Suisse.

La partie présentant les résultats est suivie d'une synthèse de ces résultats (Discussion) et d'une brève Conclusion. Pour les personnes intéressées, l'annexe présente le contexte et le procédé méthodologique de l'étude (Annexe).

Pour une vision plus détaillée des données provenant de l'enquête auprès du personnel (soignant, d'accompagnement et personnel travaillant dans les autres secteurs de l'EMS), un fichier Excel contenant les résultats est disponible en ligne (voir <https://shurp.unibas.ch/fr/shurp-2018-publications/>). Ce fichier



contient des informations détaillées sur les instruments de mesure et les questionnaires utilisés ainsi que sur les questions posées et les catégories de réponses. Ce fichier présente également en détail les différences de résultats sur la base des critères mentionnés ci-dessus (taille de l'EMS, région linguistique, statut juridique), ainsi que, pour les questions posées aux deux groupes, les résultats concernant le personnel soignant et d'accompagnement par rapport aux résultats concernant les membres du personnel travaillant dans d'autres secteurs de l'EMS.

3 Résultats

3.1 Résultats des établissements

3.1.1 Caractéristiques des établissements

Au total, 118 établissements médico-sociaux (EMS) ont participé à l'étude SHURP 2018. Parmi eux, 98 établissements (83%) sont de Suisse alémanique et 20 (17%) de Suisse romande (voir Tableau 1). Sur les 118 établissements participants, 46% ont un statut juridique public et 54% un statut privé (privé ou privé subventionné) ; la proportion d'établissements privés étant nettement plus élevée en Suisse romande qu'en Suisse alémanique (F : 75% vs D : 50%). L'échantillon SHURP 2018 compte nettement plus d'établissements publics que les 25% qui existent en Suisse selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), et donc aussi nettement moins d'établissements privés avec 54% dans l'échantillon SHURP 2018 contre 75% dans l'ensemble des soins de longue durée en Suisse. En ce qui concerne la taille des établissements, les établissements de taille moyenne (50 à 99 lits) sont les plus fortement représentés dans l'échantillon (46%). Les grands EMS (100 lits et plus) représentent 30% de l'échantillon et les petits EMS (20 à 49 lits) 23%. Par rapport à l'étude SHURP 2013 (1) à laquelle 163 établissements suisse alémaniques, romands et tessinois ont participé, on constate que l'échantillon est cette fois-ci différent, : il y a plus de grands établissements en 2018 (2013 : 15%) et moins de petits établissements (2013 : 39%). Cela s'explique probablement par le fait que l'enquête de 2018 était payante contrairement à celle de 2013.

Selon la répartition géographique de l'OFS, la plupart des EMS ayant participé à l'étude se trouvent en milieu urbain (72%), 20% se trouvent en milieu intermédiaire (c.-à-d. périurbain dense et centres ruraux) et enfin 8% en milieu rural. Cette répartition diffère de celle des 2'212 communes suisses (en 2012) dont 22% sont considérées comme urbaines, 26% comme intermédiaires et 52% comme rurales. 47% des EMS sont des fondations, 34% des collectivités publiques et 20% des sociétés anonymes. Les grands établissements en particulier sont des collectivités publiques (46%), tandis que les établissements de taille moyenne et de petite taille sont le plus souvent des fondations (43% et 41% respectivement).

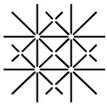


	Tous (n = 118)	Grands (≥ 100 lits) (n = 35)	Moyens (50-99 lits) (n = 56)	Petits (20-49 lits) (n = 27)
	% Oui	% Oui	% Oui	% Oui
Région linguistique				
Suisse alémanique (D)	83.1	16.0	25.5	5.7
Suisse romande (F)	16.9	84.0	74.5	94.3
Statut juridique¹				
Public	45.8	60.0	39.3	40.7
Privé subventionné	20.3	14.3	25.0	18.5
Privé	33.9	25.7	35.7	40.7
Situation géographique				
Rural	8.5	2.9	1.8	29.6
Intermédiaire (périurbain dense et centres ruraux)	19.5	8.6	19.6	33.3
Urbain	72.0	88.6	78.6	37.0
Système d'évaluation des besoins en soins requis				
RAI-NH	41.4	37.5	41.7	20.8
BESA	43.1	28.0	48.0	24.0
PLAISIR/PLEX	15.5	11.1	66.7	22.2
Organisation/Autorité responsable				
Association	9.3	2.9	14.3	7.4
Fondation	39.8	34.3	42.9	40.7
Collectivité publique	28.8	45.7	19.6	25.9
Société anonyme	16.9	11.4	19.6	18.5
Association faitière/Groupement d'intérêt	4.2	2.9	3.6	7.4
Autre	0.8	2.9	-	-

¹ Les trois formes juridico-économiques ont été décrites comme suit dans le questionnaire, sur la base des statistiques des institutions médico-sociales (SOMED) de l'OFS :

- Public : établissements de droit public.
- Privé subventionné : établissements de droit privé subventionnés ou avec une garantie publique d'exploitation ou d'investissement et/ou une couverture publique de déficit.
- Privé : établissements de droit privé sans garantie publique d'exploitation ou d'investissement et/ou couverture de déficit.

Tableau 1 : Description des EMS participants selon leur taille.

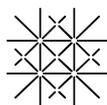


Capacités. Les 118 établissements participants ont une capacité médiane de soins de long-séjour de 74 lits (moyenne : 84 lits) (voir Tableau 2). Cela montre que les grands établissements ont tendance à être surreprésentés dans l'échantillon de SHURP 2018, car la taille moyenne de l'ensemble des EMS suisses est de 62 lits de long-séjour (2). Au total, 49 établissements (42%) ont déclaré disposer de lits de court-séjour et 12 (10%) de lits de soins aigus et de transition. Le nombre médian de lits de court-séjour est de deux et celui de soins aigus et de transition est de trois. Des différences de capacité ont été observées en fonction de la région linguistique et du statut juridique. Les établissements de Suisse alémanique ont notamment tendance à proposer plus de lits que ceux de Suisse romande, par exemple en ce qui concerne les lits de long-séjour (médiane D : 76 vs F : 66). Les capacités des établissements sont, dans l'ensemble, presque entièrement utilisées selon le taux annuel moyen d'occupation des lits. En effet, les établissements ont rapporté un taux d'occupation moyen de 97.8% (± 9.6) au cours des 12 derniers mois.

	Nombre valable n	Tous (n = 118)	Suisse alémanique (n = 98)	Suisse romande (n = 20)		
	n		n		n	
Nombre de lits par EMS (médiane)						
Long-séjour	118	74	98	76	20	66
Court-séjour	49	2	40	2	9	2
Soins aigus et de transition	12	3	12	3	-	-
Taux d'occupation (%)						
Total	10	97.8	90	97.7	20	98.1

Tableau 2 : Caractéristiques générales des établissements et capacités selon la région linguistique.

La dotation. La dotation a été calculée sur la base des informations fournies dans les questionnaires au niveau des unités ; et donc seuls les effectifs affectés à une unité spécifique ont été inclus dans les calculs. Les postes recouvrant plusieurs unités (comme par ex., les postes de cadre) ne sont ainsi pas inclus. En moyenne, chaque établissement emploie 47.8 (± 14.1) postes équivalents plein temps (EPT) pour 100 lits dans le domaine des soins et de l'accompagnement. De plus, il y a en moyenne 11.0 (± 5.8) apprenti.e.s et étudiant.e.s pour 100 lits. Au moment de l'enquête, il y avait généralement très peu de postes vacants concernant le personnel soignant et d'accompagnement : en moyenne 1.2 (± 1.8) par EMS. Ce chiffre est particulièrement bas en Suisse romande avec 0.5 (± 0.9) postes vacants. Nous ne savons cependant pas, sur la base des données, quel était le niveau de formation recherché pour les postes vacants (tertiaire, secondaire, aides-soignant.e.s, auxiliaires de santé). Par ailleurs, 89.0% des établissements ont déclaré



bénéficiaire de l'aide de bénévoles. Cette culture du volontariat est plus répandue dans les grands établissements (97.1%) et dans les établissements publics (94.4%) (voir Tableau 3).

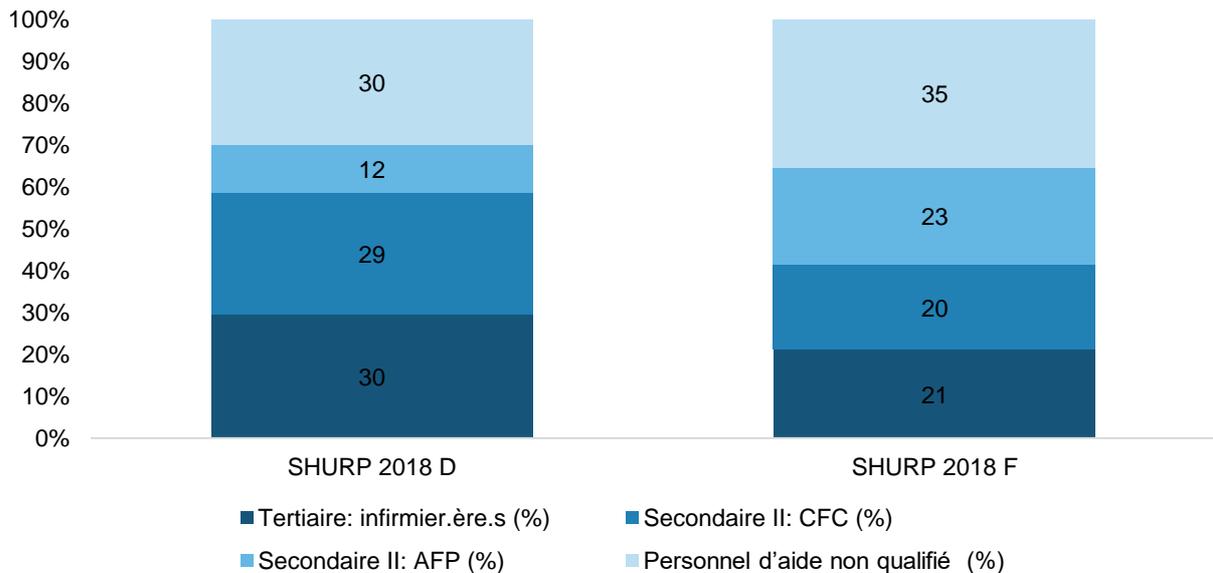
	<i>Tous</i> (n = 118)		<i>Suisse alémanique</i> (n = 98)		<i>Suisse romande</i> (n = 20)	
	MOY	ET	MOY	ET	MOY	ET
Nombre d'EPT pour 100 lits	47.8	14.1	46.3	13.9	55.2	13.9
Nombre d'apprenti.e.s pour 100 lits	11.0	5.8	12.2	5.3	5.3	4.2
Nombre de postes vacants par EMS	1.2	1.8	1.3	1.9	0.5	0.9
Taux de rotation du personnel (%)	13.5	8.6	13.9	8.9	11.6	7.0
Travail avec des bénévoles (%)	89.0		85.0		89.8	
Nombre d'années d'ancienneté du/de la directeur.trice	6.5	5.9	6.0	5.0	9.1	8.9
Nombre d'années d'ancienneté du/de la responsable des soins ou de l'infirmier.ère chef.fe	6.2	6.9	5.8	5.8	8.5	10.6
Situation du recrutement (% <i>très difficile</i> et <i>plutôt difficile</i>)						
Personnel soignant avec formation professionnelle tertiaire	96.3		96.9		80.0	
Personnel soignant et d'accompagnement avec CFC	66.1		66.0		75.0	
Aides-soignant.e.s et auxiliaires de santé	5.6		7.3		25.0	

Tableau 3 : Données concernant le personnel selon la région linguistique.

Profil d'équipe («skill et grade-mix») : personnel soignant et d'accompagnement. Le personnel d'aide non qualifié représente la part la plus importante de l'équipe soignante avec 30.7% du personnel, suivi du personnel de niveau tertiaire (28.2%), puis du personnel de niveau secondaire II avec Certificat fédéral de capacité (CFC) (27.6%) et, avec un pourcentage bien plus bas, du personnel de niveau secondaire II avec attestation fédérale de formation professionnelle (AFP) (13.5%). Des différences importantes existent entre les régions linguistiques, principalement en ce qui concerne le personnel avec AFP (D : 11.6% vs F : 23.2%) mais également en ce qui concerne d'autres catégories professionnelles. La Figure 1 montre les différences selon les régions linguistiques en 2018.



Par rapport à 2013, la part des infirmier.ère.s (niveau tertiaire) a légèrement diminué dans les deux régions linguistiques, lorsque l'on compare les 47 EMS ayant participé aux deux éditions (D 2013: 31.3, D 2018: 26.2 vs. F 2013: 25.7, F 2018: 23.5).



Descriptions des catégories professionnelles :

- Tertiaire : personnel soignant avec titre tertiaire A (Haute école spécialisée (HES) ou équivalent) OU B (école supérieure (ES) ou équivalent) : infirmier.ère HES / Bachelor of Nursing Science (BScN) / Master of Science in Nursing (MScN), formation continue incluse ; travailleurs sociaux avec titre HES OU infirmier.ère ES / Diplôme de soins infirmiers de niveau II (DNII) / soins généraux / psychiatrie / hygiène maternelle et pédiatrie/IKP ; entre autres ; sont assimilés également ici les titres infirmiers Diplôme de soins infirmiers de niveau I (DNI) ou équivalent, formation continue incluse. En outre, travailleurs sociaux avec titre ES.
- Secondaire II avec certificat fédéral de capacité (CFC) : personnel soignant OU d'accompagnement avec titre secondaire (CFC ou équivalent) : assistant.e en soins et santé communautaire CFC (ASSC), infirmier.ère-assistant.e Croix Rouge Suisse (CRS) ou équivalents OU assistant.e socio-éducatif.ve (ASE) CFC, animateur.trice en gérontologie (AVDEMS/CEFOC/Croix-Rouge fribourgeoise) ou équivalent.
- Secondaire II AFP : personnel soignant avec attestation fédérale de formation professionnelle (AFP) ou autre formation équivalente : aide en soins et accompagnement AFP ou équivalent.
- Personnel d'aide non qualifié (sans titre de formation professionnelle) : aide-soignant.e avec Certificat d'aide-soignant.e de la Croix-Rouge Suisse ou équivalent, aide-infirmier.ère ou aide-soignant.e sans formation, stagiaires de longue durée (sans lien avec une formation professionnelle).

Figure 1 : Profil d'équipe selon la région linguistique.

Fluctuation. Le taux de rotation est exprimé en pourcentage du personnel de soins et d'accompagnement qui a changé de place de travail au cours des six derniers mois et quitté son unité ou son établissement (par ex., démission, retraite). Le taux moyen de rotation est de 13.5% ($\pm 8.6\%$) et de petites différences existent entre les catégories de collaborateurs.trices. Ainsi, le personnel soignant ou d'accompagnement avec CFC a le taux de rotation le plus élevé (16.3%) et les aides-soignant.e.s qualifié.e.s ont le taux le plus bas (12.2%). Le taux de rotation mesuré par SHURP 2013 est de 11.0% et, comme en 2013, le taux de rotation est plus élevé en Suisse alémanique qu'en Suisse romande, même si cette différence est aujourd'hui moindre (D : 13.9% vs F : 11.6%).



Personnel avec formations continues. Au niveau des unités, nous avons demandé quelles sont les formations continues (en plus du diplôme d’infirmier.ère) que le personnel a obtenu (voir Tableau 4). Dans 20.8% des unités, au moins un.e employé.e a une formation post-diplôme de niveau I, 3.9% des unités ont au moins un.e employé.e avec une formation post-diplôme de niveau II et 14.4% des unités ont des employé.e.s ayant une formation post-diplôme selon le règlement ASI ou post-diplôme ES. De plus, 28.1% des unités ont des employé.e.s avec un Certificate of Advanced Studies (CAS), 5.3% avec un Diploma of Advanced Studies (DAS) et 8.0% avec un Master of Advanced Studies (MAS). La formation continue se concentre ainsi en premier lieu sur le niveau post-diplôme de niveau I et les CAS ; le premier type de formation étant plus fréquent en Suisse alémanique qu’en Suisse romande, tandis que le second est nettement plus fréquent en Suisse romande. En Suisse romande, 60.9% des unités ont au moins un.e employé.e titulaire d’un diplôme de niveau post-diplôme I ou d’un CAS ; en Suisse alémanique, c’est le cas de seulement 38.2% des unités. Sur l’ensemble des EMS ayant participé à l’enquête, y a 168 unités (46.8%) qui n’ont aucun.e employé.e possédant l’un des diplômes susmentionnés.

En ce qui concerne le domaine dans lequel la formation continue a été effectuée, avec 50.8%, la moitié des unités indiquent qu’un ou plusieurs membres de l’équipe ont suivi une formation continue axée sur les soins palliatifs. Ce résultat est suivi de près par le management (47.1%), la démence (46.1%) et la formation d’adultes (45.7%). Cela montre que dans le cas de la formation continue, on valorise à la fois la spécialisation clinique, le management et la formation d’adultes. Dans le cas de la spécialisation clinique, les EMS se concentrent avant tout sur les soins palliatifs et la démence.

Tout comme la Suisse romande a plus d’unités avec un.e employé.e ayant terminé une formation continue, il y a aussi plus d’unités romandes qui ont des employé.s ayant une formation dans les domaines mentionnés ci-dessus. La seule exception concerne la formation pour adultes qui semble avoir un poids plus important en Suisse alémanique. Cela se reflète également dans le nombre inférieur d’apprenti.e.s et d’étudiant.e.s pour 100 lits en Suisse romande (D : 12.2/100 lits vs F : 5.3/100 lits). Beaucoup de personnes sont titulaires d’une formation en formation d’adultes, mais le niveau de cette formation n’est pas clair.

	Nombre valable n	Tous (n = 371)	Suisse alémanique (n = 320)	Suisse romande (n = 51)	
	n	%	%	%	
Types de formations continues					
Formation post-diplôme (clinicien.ne niveau I, etc.)	360	20.8	23.6	2.2	

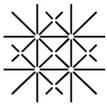


	Nombre valable n	Tous (n = 371)	Suisse alémanique (n = 320)	Suisse romande (n = 51)	
	n	%	%	%	%
Formation post-diplôme (clinicien.ne niveau II/formation actuelle)	360	3.9	4.1	2.2	
Formation post-diplôme selon le règlement ASI (anesthésie, soins intensifs), études post-diplôme ES (EPD ES)	361	14.4	15.6	6.5	
Certificate of Advanced Studies	360	28.1	23.2	60.9	
Diploma of Advanced Studies	361	5.3	5.4	4.3	
Master of Advanced Studies/Executive Master	361	8.0	7.6	10.9	
Domaine de la formation continue					
Démence	360	46.1	41.8	73.5	
Soins palliatifs	360	50.8	46.3	79.6	
Gérontopsychiatrie	360	22.5	18.3	49.0	
Gérontologie	359	20.1	14.8	53.1	
Management	359	47.1	45.8	55.1	
Formation d'adultes	359	45.7	47.1	36.7	

Tableau 4 : Diplômes de formation continue des infirmier.ère.s selon la région linguistique.

Directeurs.trices et responsables des soins. L'ancienneté des directeurs.trices et des responsables des soins (infirmier.ère.s chef.fe.s) dans leur poste actuel a également été mesurée. Les directeurs.trices occupent leur poste en moyenne depuis 6.5 ans (± 5.9) et les responsables des soins depuis 6.2 ans (± 6.9). On remarque ici une différence par rapport à l'enquête de 2013 qui rapportait alors une durée moyenne d'ancienneté de 8.7 ans pour les directeurs.trices et de 5.8 ans pour responsables des soins. L'enquête de 2018 montre que les cadres romands ont tendance à rester plus longtemps en position que les cadres suisses alémaniques. 25.0% des directeurs.trices d'établissement et 37.4% des responsables de soins n'occupent leur poste que depuis un maximum de deux ans.

Parmi les directeurs.trices d'établissement, 32.7% ont une formation dans le domaine des soins, 19.2% ont déclaré avoir déjà eu des responsabilités dans un EMS auparavant, 17.3% viennent du domaine de la



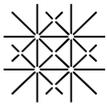
finance et des assurances et 9.6% de l'industrie hôtelière. En ce qui concerne les responsables des soins, 46.3% ont été formés dans les soins de longue durée, 24.1% dans les soins aigus, 9.3% viennent des soins à domicile et 5.6% de la psychiatrie ; une partie des responsables des soins n'a pas fourni d'informations précises sur sa formation de base.

Recrutement. La situation de recrutement apparait homogène dans notre échantillon. 96.3% des EMS rapportent que la situation de recrutement du personnel soignant avec formation professionnelle tertiaire d'une École supérieure (ES) ou d'une Haute école spécialisée (HES) est *plutôt* ou *très difficile* ; et aucun EMS ne trouve cette situation *très facile*. Le recrutement du personnel soignant et d'accompagnement avec CFC semble également difficile, mais moins compliqué. Ici, un total de 66.1% des établissements participants ont jugé la situation de recrutement *plutôt* ou *très difficile*. En revanche, le recrutement d'aides-soignant.e.s ou d'auxiliaires de santé est perçu comme beaucoup plus aisé ; 94.4% des EMS le jugeant *plutôt facile* ou *très facile*. La situation de recrutement n'a que peu changé depuis 2013 : à cette époque, 92% des EMS décrivaient le recrutement de personnel tertiaire comme *plutôt* ou *très difficile*, 64% disaient la même chose du recrutement du personnel avec CFC et 14% au sujet du recrutement d'aides-soignant.e.s et d'auxiliaires de santé (1).

3.1.2 Caractéristiques des unités

Au total, 371 unités ont participé à l'enquête SHURP 2018. Toutes les unités qui offrent des lits de longue durée ont été incluses, les autres types d'unités (par ex., les foyers de jour/nuit) ont été exclus des résultats présentés dans ce rapport. En moyenne, un établissement dispose de trois unités avec une dispersion allant d'une à 15 unités. En moyenne, une unité dispose de 26 lits (voir Tableau 5).

	Nombre valable n	Tous (n = 371)	Suisse alémanique (n = 320)	Suisse romande (n = 51)
Nombre d'unités dans l'EMS	371	371	320	51
Nombre de lits par unité, MOY	371	26.4	26.1	28.2
Composition des chambres				
Unités avec uniquement des chambres individuelles	347	36.0	35.9	37.2
Unités avec uniquement des chambres doubles	347	1.2	1.3	0.0



	Nombre valable n	Tous (n = 371)	Suisse alémanique (n = 320)	Suisse romande (n = 51)
Unités avec des chambres individuelles et doubles	347	58.5	57.9	62.8
Unités avec chambre à trois lits ou plus	347	4.3	4.9	0.0
Unités avec uniquement des chambres ayant toilettes et/ou douche	347	74.4	75.7	75.1
Unités avec uniquement des chambres sans toilettes/douche	347	4.9	3.0	18.6

Tableau 5 : Caractéristiques générales des unités selon la région linguistique.

Composition des chambres. En ce qui concerne la composition des chambres, 125 unités mettent à disposition uniquement des chambres individuelles (36.0%) et quatre unités (1.2%) uniquement des chambres doubles (voir Tableau 5). Pour le reste des unités, la composition est mixte. 15 unités (4.3%) ont déclaré mettre à disposition une à trois chambres ayant trois lits ou plus. Dans 258 unités (74.4%), toutes les chambres sont équipées de toilettes et/ou d'une douche ; dans 89 unités (25.6%), certaines chambres individuelles n'ont ni WC, ni douche, dont 17 unités (4.9%) n'ont aucune chambre avec WC et/ou douche dans la chambre.

3.1.3 Caractéristiques des résident.e.s

Le Tableau 6 ci-dessous récapitule des informations concernant les résident.e.s (par ex., sexe, âge, durée du séjour). Les données des résident.e.s ont été exportées à partir des systèmes d'évaluation des besoins en soins requis RAI-NH, BESA et PLAISIR/PLEX. La durée de séjour correspond au nombre de jours passés dans l'EMS depuis la date d'entrée jusqu'à la date de l'enquête dans l'établissement, et elle ne peut pas être comparée aux données de l'OFS qui calcule la durée moyenne du séjour en utilisant le nombre de jours entre l'entrée et la sortie. Comme attendu, la majorité des résident.e.s sont des femmes, et l'âge moyen est de 85.3 ans. Le niveau de soins moyen est de 6.1 (sur une échelle de 1 à 12 niveaux), ce qui correspond à deux heures de soins requis par jour. Si les instruments d'évaluation des besoins en soins requis BESA et RAI-NH sont harmonisés, ce n'est pas le cas avec PLAISIR/PLEX ; ce qui pourrait expliquer la différence de niveau de soins moyen entre la Suisse alémanique et la Suisse romande, avec une moyenne de niveau de soins plus élevée en Suisse romande (F : 8.7 vs D : 5.6). L'échelle de performance cognitive (Cognitive Performance Scale, CPS) est une échelle qui évalue le niveau de déficience cognitive : le niveau 1 signifie aucune déficience cognitive et le niveau 6 signifie une déficience cognitive grave. Le score moyen de la CPS pour l'ensemble de l'échantillon de SHURP 2018 est de 2.5.



	Nombre valable n	Tous (n = 8'527)	Suisse alémanique (n = 7'209)	Suisse romande (n = 1'317)
Sexe (% femmes)	8'527	71.1	70.6	74.0
Âge, MOY (ET)	8'525	85.3 (9.6)	85.0	87.2
Durée de séjour, en jours, MOY (ET)		1'221.8 (1'377.9)	1'226.9 (1'389.7)	1'194.1 (1'312.7)
Niveau de soins, MOY (ET)	8'527	6.1 (3.0)	5.6 (2.8)	8.7 (2.7)
CPS, MOY (ET)	6'213	2.5 (1.6)	2.5 (1.6)	2.4 (1.5)

Tableau 6 : Caractéristiques générales des résident.e.s selon la région linguistique.

3.1.4 Prestations de soins spécifiques – Offres d'accompagnement

Selon les informations fournies par les directions des établissements et des soins, les EMS participants proposent de manière générale un éventail varié d'offres de soins et d'accompagnement (voir Figure 2). Parmi les trois offres de soins et d'accompagnement les plus mentionnés, on retrouve les soins généraux de longue durée (98.3%), les soins palliatifs (92.4%) et les soins spécifiques aux démences (85.6%). Les séjours de courte durée (74.6%) et les soins gérontopsychiatriques (62.7%) ont également été souvent mentionnés. Les prestations les moins citées sont les foyers de nuit (16.9%), les soins d'oxygénation de longue durée (15.3%) et les soins de réhabilitation de longue durée (9.3%). Le nombre médian de prestations offertes par les EMS est de six, et seuls 9.3% des établissements offrent moins de quatre prestations principales.

Les prestations de soins spécifiques et les offres d'accompagnement sont différentes selon la taille de l'EMS, mais également selon la région linguistique. C'est notamment le cas pour les séjours de courte durée : cette prestation est le plus souvent offerte par les petits établissements (85.2%) et le moins souvent par les EMS de taille moyenne (66.1%). De plus, la possibilité de séjours de courte durée est plus fréquemment proposée par les établissements de Suisse alémanique (80.6%) que ceux de Suisse romande (45.0%). D'autres différences régionales apparaissent en ce qui concerne les offres d'appartements communautaires (D : 40.8% vs F : 5.0%), les soins spécifiques aux démences (D : 89.8% vs F : 65.0%) ainsi que les soins d'oxygénation de longue durée (D : 6.1% vs F : 60.0%).

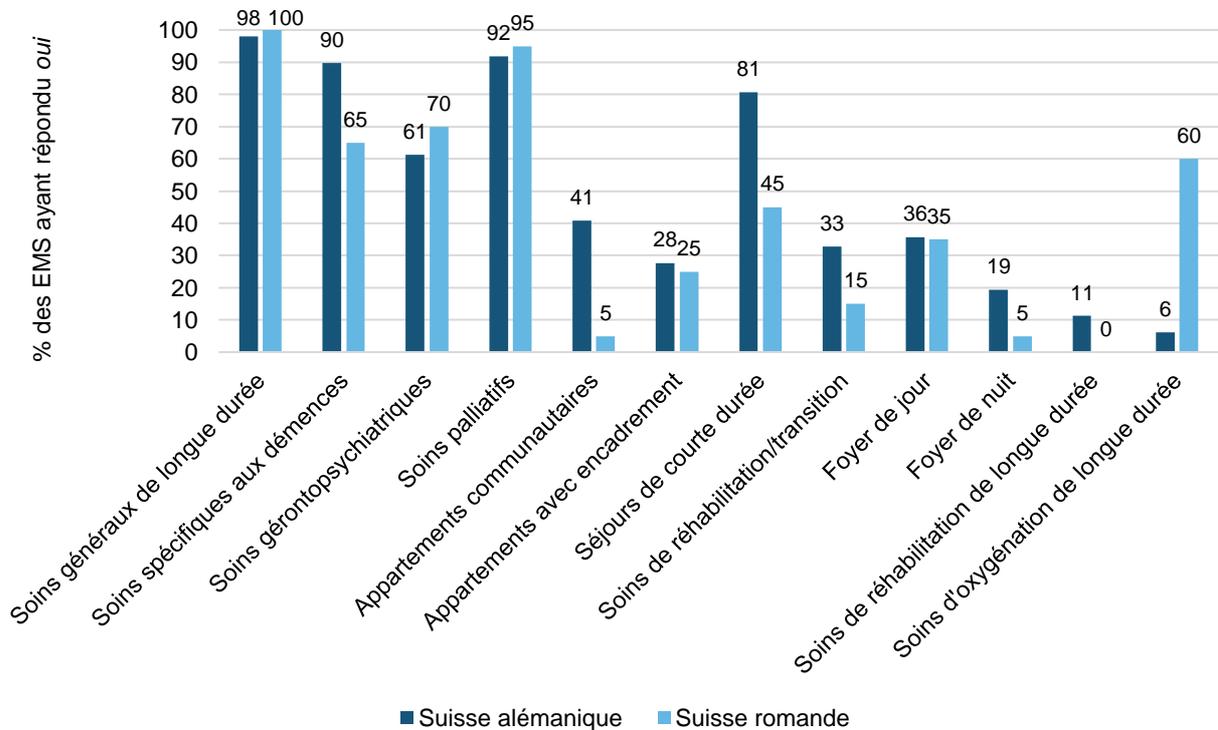


Figure 2 : Prestations de soins et offres d'accompagnement des EMS selon la région linguistique.

3.1.5 Activités – Infrastructures spécifiques pour la démence

Au niveau de chaque unité, il a été recensé d'une part les activités proposées aux résident.e.s, et d'autre part le concept d'habitation et les infrastructures spécifiques pour la démence.

Activités. La majorité des unités (77.7%) propose de la gymnastique *une fois par semaine ou plus fréquemment*, ainsi que des activités créatives comme le dessin ou la couture (70.9%), des lectures (67.3%) et une chorale (65.6%). La danse (17.0%) et le jardinage (13.4%) sont les activités hebdomadaires les moins offertes par les unités. On observe des différences importantes entre régions linguistiques, notamment en ce qui concerne la lecture (F : 89.8% vs D : 63.8%) et le sport et les jeux (F : 25.0% vs D : 46.9%) (voir Figure 3 et Figure 4).

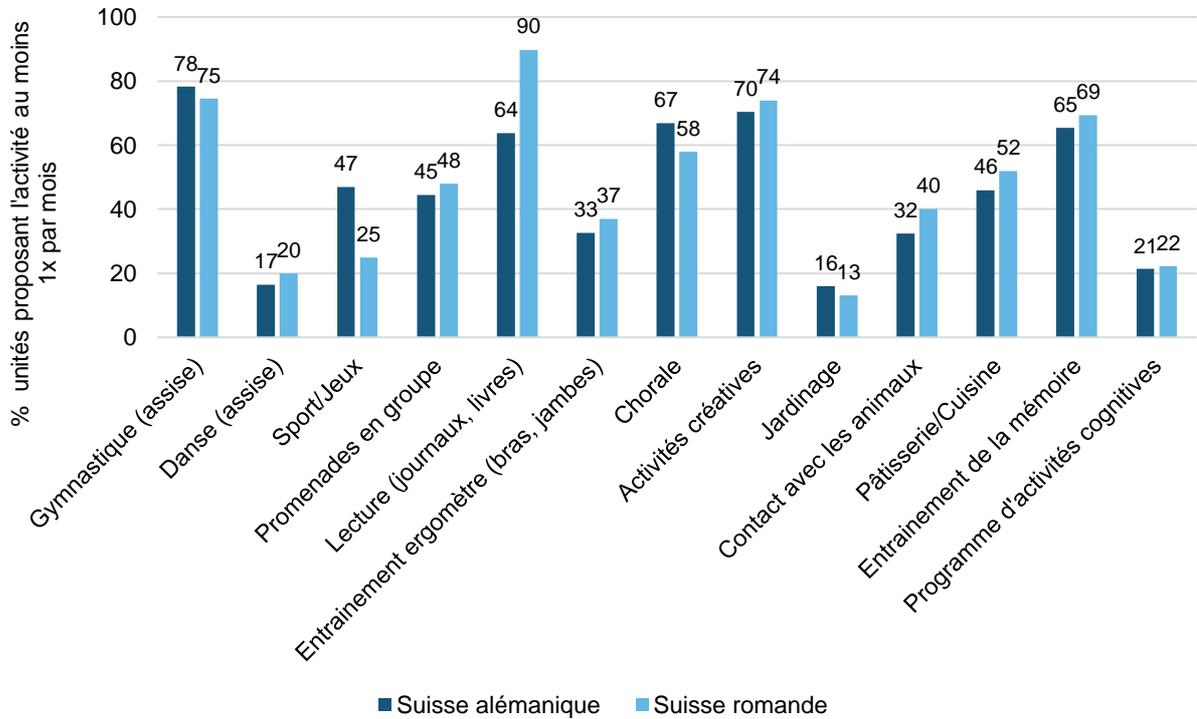


Figure 3 : Activités proposées selon la région linguistique.

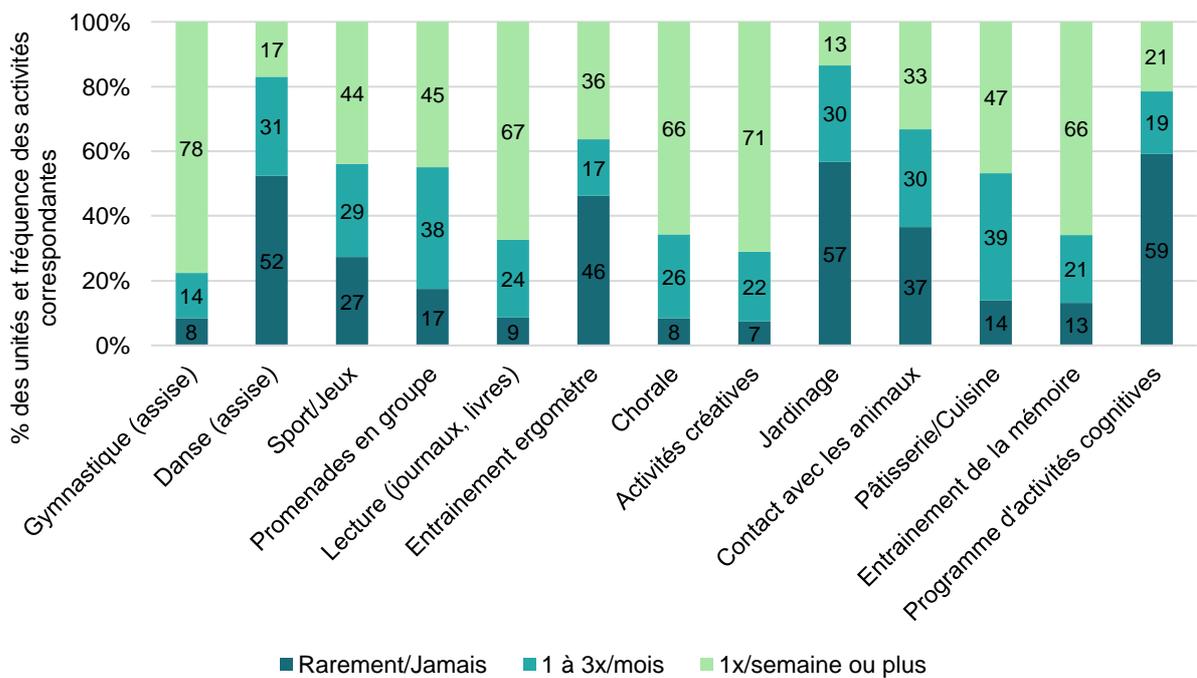
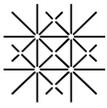


Figure 4 : Fréquence des activités proposées.



Concept d'habitation. En ce qui concerne le concept d'habitation, on différencie un concept intégratif d'un concept ségréatif. Une grande majorité des unités (n = 295, 80.4%) ayant participé à l'étude ont un concept intégratif, selon lequel les résident.e.s avec et sans démence vivent dans la même unité. Cette proportion élevée l'est encore plus dans les petits EMS (91.7%) que dans les EMS de taille moyenne (83.6%) et ceux de grande taille (75.0%). Au total, 14.2% des unités ont opté pour un concept d'habitation ségréatif (où seuls vivent des résident.e.s avec une démence), 4.1% ont adapté une forme mixte et 1.4% des unités n'accueillent aucun.e résident.e avec démence (voir Tableau 7).

	Tous (n = 371)	Grands (≥ 100 lits) (n = 175)	Moyens (50-99 lits) (n = 159)	Petits (20-49 lits) (n = 37)
	% Oui	% Oui	% Oui	% Oui
Ségréatif (uniquement des résident.e.s avec démence)	14.2	20.3	9.4	5.6
Intégratif (résident.e.s avec et sans démence)	80.4	75	83.6	91.7
Forme mixte (unité avec plusieurs groupes, ayant des éléments aussi bien ségréatifs qu'intégratifs)	4.1	2.9	5.7	2.8
Aucun.e résident.e avec démence	1.4	1.7	1.3	0.0

Tableau 7 : Concept d'habitation des unités selon la taille des EMS.

Infrastructures spécifiques pour la démence. Dans le cadre des soins spécifiques à la démence, 63.8% des unités ont déclaré disposer de personnel spécialisé pour les soins et l'accompagnement de personnes atteintes de démence. La proportion de personnel spécialisé est plus élevée en Suisse romande qu'en Suisse alémanique (F : 74.0% vs D : 62.2%). Environ un quart des unités (24.1%) a rapporté que leur unité est fermée (par ex., sortie avec astuce, porte fermée) alors qu'un tiers des unités (32.9%) a rapporté avoir une surveillance électronique des résident.e.s quittant l'unité. Dans l'ensemble, il est relativement courant pour les unités d'avoir un séjour avec cuisine dans l'unité (69.4%), une salle à manger (92.2%) ou des coins cuisines accessibles aux résident.e.s et leurs proches 24h/24h (67.6%). Ces infrastructures sont beaucoup plus répandues en Suisse alémanique qu'en Suisse romande (voir Figure 5), ainsi que dans les grands EMS en comparaison avec les EMS de taille moyenne et de petite taille. De manière générale, l'intégration du bureau du personnel dans l'espace de vie n'est pas courante (5.7%).

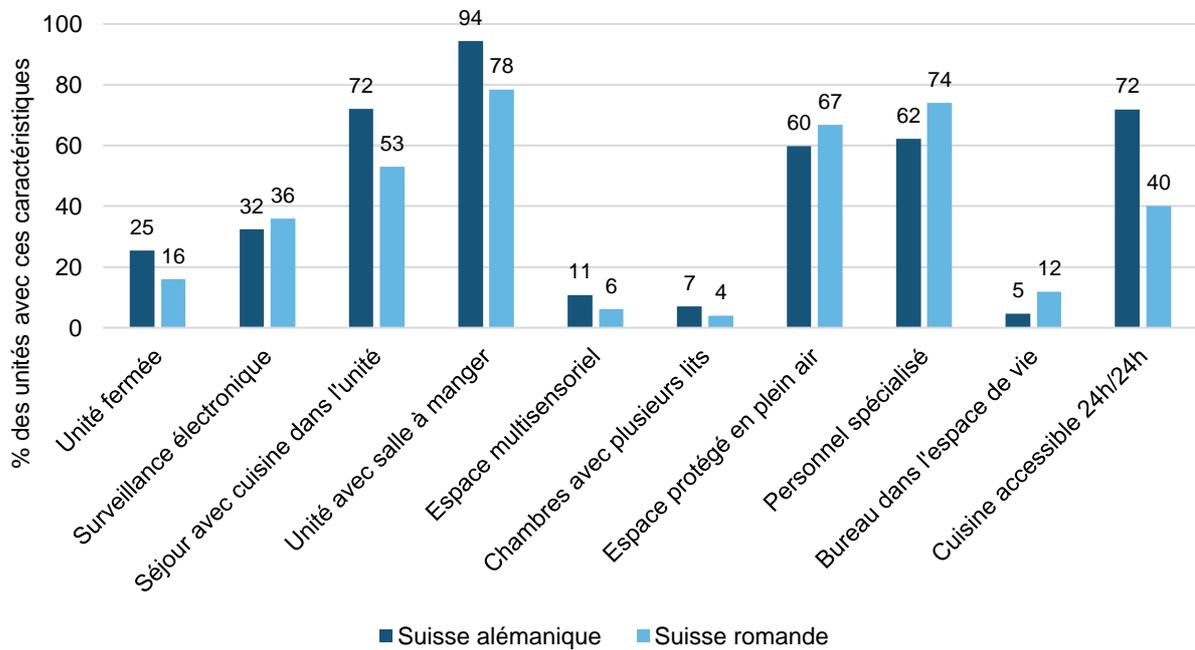


Figure 5 : Organisation de l'espace et du personnel dans l'unité selon la région linguistique.

3.1.6 Organisation du système médical

L'étude incluait des questions posées aux directeurs.trices d'EMS sur la manière dont le système médical est organisé dans les EMS.

Contrats de collaboration. Sur les 118 EMS participants, une majorité (67.8%) est obligée par le canton de conclure un contrat de collaboration avec un.e médecin. Les EMS romands sont les plus concernés par cette exigence cantonale (F : 90.0% vs D : 63.3%). Parmi les établissements non soumis à cette obligation, environ la moitié (51.4%) a déclaré avoir conclu volontairement un contrat de collaboration. Les établissements ont conclu, en moyenne, un contrat de collaboration avec 2 (± 4.5) médecins.

Système médical. La moitié (50.8%) des EMS participants travaille avec un.e médecin répondant lié par contrat, mais des différences entre les régions linguistiques ont été observées. Le système de médecins répondants est plus utilisé par les établissements de Suisse romande (80.0%) que par les établissements suisses alémaniques (44.9%). En outre, 89.8% des EMS travaillant avec un.e médecin répondant ont déclaré travailler également avec des médecins traitants. Ici, une différence existe en fonction du statut juridique : les EMS privés travaillent davantage avec des médecins traitants (96.9%) que les EMS publics (81.5%). Les EMS de petite taille (96.3%) et de taille moyenne (92.9%) travaillent plus avec des médecins traitants que les établissements de grande taille (80.0%). En moyenne, les EMS ont indiqué travailler avec 14.9 médecins traitants (± 12.9) et des différences sont observables entre la Suisse romande (MOY : 7.6, ET : 7.5) et la Suisse alémanique (MOY : 16.4, ET : 13.2).



Accès à des consultations. L'accès à divers services de consultation a également été recensé. Environ deux tiers des établissements affirment avoir accès aux services d'un gériatre pour des consultations (63.8% ; accès externe et interne combiné) et plus de 93% des EMS affirment avoir accès à un gérontopsychiatre ; ce qui est même le cas de 100% des établissements romands (voir Tableau 8).

	Nombre valable n	Tous (n = 118)	Suisse alémanique (n = 98)	Suisse romande (n = 20)
	n	% Oui	% Oui	% Oui
Obligation cantonale de conclure un contrat de collaboration avec un.e médecin répondant	118	67.8	63.3	90.0
Contrat de collaboration conclu volontairement avec un/des médecins (sans obligation cantonale)	35	51.4	52.9	0
Nombre de médecins avec un contrat de collaboration, MOY (ET)	110	2 (±4.5)	1.9 (±4.9)	2 (±2)
Système médical				
Médecins répondants liés par contrat		50.8	80.0	44.9
Médecins traitants		89.8	89.8	90.0
Nombre de médecins traitants, MOY (ET)	106	14.9 (±12.9)	16.4 (±13.2)	7.6 (±7.5)
Accès aux services d'un gériatre externe pour des consultations	116			
Oui		50	52.1	40.0
Le/la médecin répondant est gériatre		13.8	9.4	35.0
Accès aux services d'un gérontopsychiatre pour des consultations	116			
Oui		92.2	90.6	100
Le/la médecin répondant est gérontopsychiatre		0.9	1.0	0

Tableau 8 : Système médical selon la région linguistique.



Offre de soins médicaux. Les soins médicaux suivants sont les plus fréquemment offerts par les EMS : les thérapies par perfusion sous-cutanée en cas de déshydratation (84.6%) ou en cas de douleurs (81.6%) ainsi que les thérapies par pression négative (pansements V.A.C) (82.9%). Les soins aux résident.e.s ventilé.e.s (12.8%) ainsi que le scanner vésical portable (5.3%) sont très peu répandus. Des différences régionales sont à souligner en ce qui concerne l'administration de médicaments par voie intraveineuse. Alors que ce soin est offert par la moitié des établissements ayant participé à l'étude (52.6%), il apparaît que 94.7% des établissements romands l'offrent, contre seulement 44.3% des établissements suisses alémaniques (voir Tableau 9).

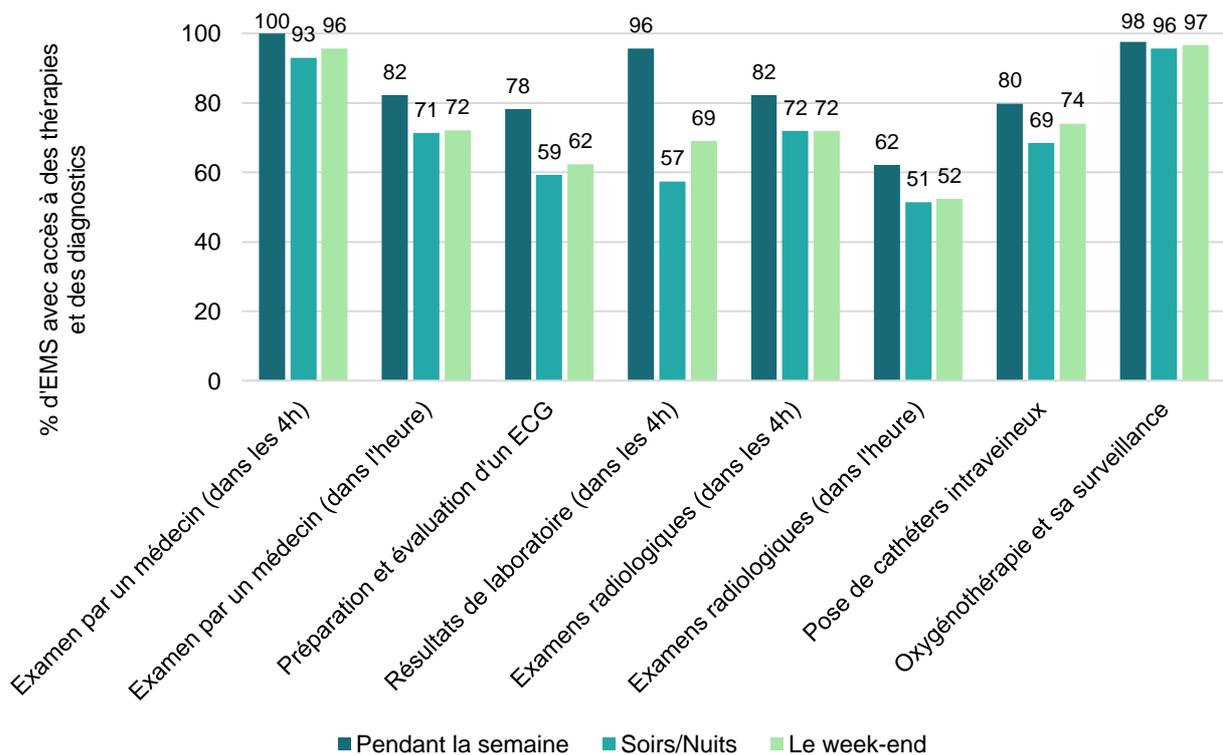
	Nombre valable n	Tous (n = 118)	Suisse alémanique (n = 98)	Suisse romande (n = 20)
	n	% Oui	% Oui	% Oui
Administration de médicaments par voie intraveineuse (par ex., antibiotiques)	116	52.6	44.3	94.7
Thérapie par perfusion sous-cutanée				
En cas de déshydratation	117	84.6	82.5	95
En cas de douleurs	114	81.6	78.7	95
Pour d'autres raisons	110	70	67.4	83.3
Administration de médicaments par pompe à perfusion (par ex., pour le traitement de la douleur)	117	45.3	39.2	75
Administration de médicaments par cathéter	117	35.9	34	45
Soins du trachéostome	117	53.8	48.5	80
Soins des résident.e.s ventilé.e.s	117	12.8	12.4	15
Thérapie par pression négative (pansements V.A.C)	117	82.9	84.5	75
Scanner vésical portable	114	5.3	6.4	0

Tableau 9 : Offres de soins médicaux selon la région linguistique.

Accès à des thérapies et à des services de diagnostic. Afin de décrire l'accès à certaines thérapies et diagnostics dans les EMS, les directeurs.trices ont été questionnés sur l'accessibilité d'un certain nombre de services à différents moments de la journée et de la semaine. Les questions ont été posées sur une



échelle à trois points allant de *accès facile*, *accès difficile mais possible* à *accès impossible*. D'importantes différences d'accès à de nombreuses thérapies et services de diagnostic existent entre les régions linguistiques alors qu'il n'y a guère de différences, ou du moins des différences beaucoup plus faibles, sur la base de la taille des EMS ou de leur forme juridique. Toutefois, les différences entre les régions linguistiques ne permettent pas de statuer de manière générale quant à une meilleure ou à une moins bonne accessibilité à l'offre de prestations : la fluctuation est importante en fonction de chacune des offres listées. Par exemple, un nombre nettement plus important d'EMS suisse allemands ont jugé la préparation et l'évaluation d'un électrocardiogramme (ECG) par un médecin *impossible* à obtenir. À l'inverse, une proportion nettement plus importante d'établissements suisse allemands a estimé que l'accès à des examens radiologiques est *facile*. Les différences entre les régions linguistiques sont les plus faibles au sujet de l'oxygénothérapie et de sa surveillance, où plus de 95% des EMS ont estimé que l'accès est *facile* quel que soit le moment de la journée. La Figure 6 présente les résultats et les différences en détail.



Remarque : les réponses facile et difficile mais possible sont comptabilisées ensemble

Figure 6 : Accès à des thérapies et à des diagnostics à différents moments de la semaine.

Soins dentaires. Les établissements ont été interrogé sur la façon dont les soins dentaires sont assurés pour les résident.e.s. La plupart des EMS (85.5%) ont déclaré que les soins dentaires sont organisés par les résident.e.s et/ou leurs proches eux-mêmes. Cette façon de faire est plus répandue en Suisse



alémanique qu'en Suisse romande (D : 89.7% ; F : 65.0%). De plus, une grande partie des EMS (83.1%) ont également dit collaborer avec des dentistes locaux pour assurer les soins dentaires. Moins de la moitié des établissements (40.7%) ont recours à une équipe mobile de soins dentaires, cette proportion étant plus élevée en Suisse alémanique qu'en Suisse romande (F : 30.0% ; D : 42.9%).

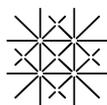
3.1.7 Caractéristiques structurelles : sécurité des résident.e.s et qualité

Des caractéristiques structurelles concernant la sécurité des résident.e.s et la qualité des soins prodigués ont été collectées au niveau des établissements et des unités.

Gestion des événements indésirables. Des questions ont été posées aux établissements concernant la gestion des événements indésirables, des erreurs et des «quasi-erreurs» (voir Tableau 10). Au total, 80.5% des établissements déclarent que le signalement de tels événements est défini et réglementé (par ex., à travers un système de déclaration des erreurs) et 77.6% que leur traitement l'est également (par ex., à travers des directives). Discuter des événements indésirables ou des erreurs avec les personnes concernées fait largement partie de la culture de travail selon les directeurs.trices d'EMS (94.0%). Cependant, uniquement 41.0% des EMS ont déclaré avoir un système permettant un signalement anonyme des erreurs.

Labels de qualité et audits. Parmi les 118 établissements participants, la moitié (50.8%) déclare avoir un label de qualité reconnu ou une distinction de qualité ; avec un pourcentage bien plus élevé en Suisse romande qu'en Suisse alémanique (F : 70.0% vs D : 46.9%) (voir Tableau 10). Les labels de qualité les plus souvent mentionnés sont ISO 9001/9004 (23%), suivi de Qualivista (8%) et EFQM (5%). Au total, 71.6% des EMS se font auditer régulièrement par leur canton et 63.1% par une autre organisation. Là aussi, ce pourcentage est plus élevé en Suisse romande qu'en Suisse alémanique (respectivement F : 95.0% vs D : 66.7% et F : 78.9% vs D : 59.8%).

Lignes directrices et instructions. Les établissements ont été interrogés sur la disponibilité et l'utilisation de lignes directrices et d'instructions sur des thèmes spécifiques (voir Tableau 10). Les EMS possèdent le plus souvent des lignes directrices concernant l'organisation de l'entrée des résident.e.s en EMS (95.8%), ainsi que pour la mise en place de mesures limitant la liberté de mouvement (97.5%). Une forte majorité déclare également posséder des instructions concernant les processus de médication (91.5%) et les revues de la médication (88.1%). Les traitements non-médicamenteux de la douleur (51.7%) ainsi que la malnutrition (59.9%) sont moins réglementés. De manière générale, les EMS de grande et de moyenne taille ont davantage de lignes directrices que les petits EMS.



	Nombre n valable	Tous (n = 118)	Suisse alémanique (n = 98)	Suisse romande (n = 20)
	n	% Oui	% Oui	% Oui
Signalement d'événements indésirables défini et réglementé	118	80.5	79.6	85.0
Possibilités de signaler anonymement des erreurs	117	41.0	40.8	42.1
Traitement d'événements indésirables défini et réglementé	116	77.6	79.4	68.4
Discussion avec les personnes impliquées dans des événements indésirables	117	94.0	92.9	100.0
Label de qualité	118	50.8	46.9	70.0
Audit réalisé par le canton	116	71.6	66.7	95.0
Audit réalisé par une autre organisation	111	63.1	59.8	78.9
Instructions/lignes directrices concernant				
Emploi de mesures limitant la liberté de mouvement	118	97.5	96.9	100.0
Malnutrition	116	59.5	56.2	75.0
Processus de médication	118	91.5	95.9	70.0
Revue de la médication	118	88.1	89.8	80.0
Gestion de la douleur	118	81.4	78.6	95.0
Traitements non-médicamenteux de la douleur	118	51.7	52.0	50.0
Organisation de l'entrée des résident.e.s en EMS	118	95.8	94.9	100.0

Tableau 10 : Structures concernant la sécurité et la qualité selon la région linguistique.

Amélioration de la qualité. Nous nous sommes intéressés aux activités visant à l'amélioration de la qualité des soins au sein des EMS, et plus particulièrement en lien avec les efforts fournis lors des deux dernières années (voir Tableau 11). La plupart des EMS ont déclaré avoir donné des retours («feedbacks») aux équipes au sujet des résultats liés à la qualité des soins prodigués (86.4%), avoir défini des objectifs de qualité (80.5%) et avoir utilisé des indicateurs de qualité (79.5%) au cours des deux dernières années. Cela montre essentiellement un développement de la qualité basé sur des données et orienté vers des objectifs, en collaboration avec les employé.e.s. Viennent ensuite, proches les uns des autres, la mise en œuvre d'un



système de traitement des plaintes (73.7%), les enquêtes sur la satisfaction du personnel (71.2%) et la réalisation d'audits internes (70.3%), puis la mise en œuvre d'un projet d'amélioration de la qualité (68.6%) et la comparaison entre les objectifs de qualité et les résultats obtenus (67.8%). Ainsi, plus des deux tiers des EMS documentent de manière active la qualité et son amélioration. Les enquêtes sur la satisfaction des résident.e.s (58.5%) et le traitement d'erreurs signalées (53.4%) sont réalisées plus rarement. Ce dernier point peut également être lié au fait que, comme décrit ci-dessus, seuls 41.0% des EMS ont la possibilité de signaler des erreurs de manière anonyme. En comparant de manière globale les EMS des deux régions linguistiques, les EMS romands ont investi davantage dans des activités d'amélioration de la qualité. C'est particulièrement le cas dans le domaine de la gestion des plaintes où ces activités sont mises en œuvre par 100% des établissements romands par rapport à seulement 68.4% des EMS suisses alémaniques.

<i>Au cours des deux dernières années, les activités suivantes ont-elles eu lieu au sein de votre établissement :</i>	<i>Nombre n valable</i>	<i>Tous (n = 118)</i>	<i>Suisse alémanique (n = 98)</i>	<i>Suisse romande (n = 20)</i>
	n	% Oui	% Oui	% Oui
Réalisation d'un audit interne	118	70.3	68.4	80.0
Définition d'objectifs qualité pour l'établissement/des unités spécifiques	118	80.5	80.6	80.0
Comparaison entre les objectifs qualité et les résultats de l'établissement/des unités spécifiques	118	67.8	65.3	80.0
Utilisation d'indicateurs de qualité	117	79.5	77.3	90.0
Feedbacks aux équipes au sujet des résultats concernant la qualité des soins (par ex., sur la base de rapports de qualité, chiffres clés)	118	86.4	84.7	95.0
Mise en œuvre d'un projet/programme d'amélioration de la qualité/des pratiques	118	68.6	66.3	80.0
Traitement des signalements d'erreurs (par ex., signalements CIRS (Critical Incident Reporting System))	118	53.4	53.1	55.0
Enquêtes concernant la satisfaction au travail du personnel	118	71.2	73.5	60.0
Enquêtes concernant la satisfaction des résident.e.s	118	58.5	60.2	50.0



Au cours des deux dernières années, les activités suivantes ont-elles eu lieu au sein de votre établissement :	Nombre n valable	Tous (n = 118)	Suisse alémanique (n = 98)	Suisse romande (n = 20)
	n	% Oui	% Oui	% Oui
Traitement des plaintes des résident.e.s/des proches	118	73.7	68.4	100.0

Tableau 11 : Mesures d'amélioration de la qualité selon la région linguistique.

Projets de développement des soins et/ou d'amélioration de la qualité. En réponse à une question ouverte, les EMS ont été invités à citer les trois domaines principaux qui ont été développés dans leur établissement dans le contexte du développement des soins et/ou de l'amélioration de la qualité au cours de l'année précédente. Parmi les 104 établissements (88%) qui se sont exprimés à ce sujet, 12 domaines ont pu être identifiés. Par ordre décroissant, les projets ont été menés dans les domaines suivants : changements internes de structures/de l'organisation (33.4%), processus de soins/documentation électronique/instruments d'évaluation des besoins en soins requis (12.2%), soins palliatifs (9.8%), démence/gérontopsychiatrie (9.1%), thérapies et traitements (par ex., la gestion des plaies) (8.0%), prévention des chutes/mobilité (5.6%), traitement de la douleur (5.6%), hygiène (2.8%), polypharmacie (2.8%), malnutrition (2.1%) et mesures limitant la liberté de mouvement (0.3%). Cela montre que les indicateurs de qualité nationaux ont été thématiques dans les projets par 26 des 104 établissements ayant répondu au questionnaire (25%).

Études de cas. Parmi les 371 unités incluses dans l'étude, 85.1% ont déclaré que des études de cas ont lieu dans leur unité. Parmi ces unités-là, 45.2% des responsables d'unité ont indiqué que les études de cas ont lieu *selon les occasions et donc irrégulièrement*, 31.7% *régulièrement* et 23.1% *à la fois régulièrement mais aussi selon les occasions*. 37.3% des unités ont affirmé que les études de cas ont lieu *environ 1x par mois*, 34.1% *environ tous les 3-6 mois* et 20.1% *environ 1 à 2 fois par semaine*. Le reste des établissements (8.6%) réalisent des études de cas plus *rarement*.

Il s'est avéré que les études de cas en Suisse romande sont à la fois plus régulières (F : 55.8% vs D : 27.9%) et qu'elles ont lieu aussi plus fréquemment (environ toutes les 1-2 semaines : F : 30.2% vs D : 18.5%) (voir Figure 7). La majorité des unités a déclaré que les études de cas sont consignées (93.9%), qu'elles font l'objet d'une évaluation (89.3%), que les collaborateurs.trices n'ont aucune autre tâche à accomplir pendant ce temps (84.9%) et que les membres de différents groupes professionnels sont consultés (83.6%). Deux tiers des unités convient, si nécessaire, une personne externe pour faire la modération (64.3%). Par contre, peu d'unités disent inviter les résident.e.s ou les proches à participer aux études de cas (27.9%). Les études de cas durent en moyenne entre 5 et 180 minutes, la médiane étant de 45 minutes.

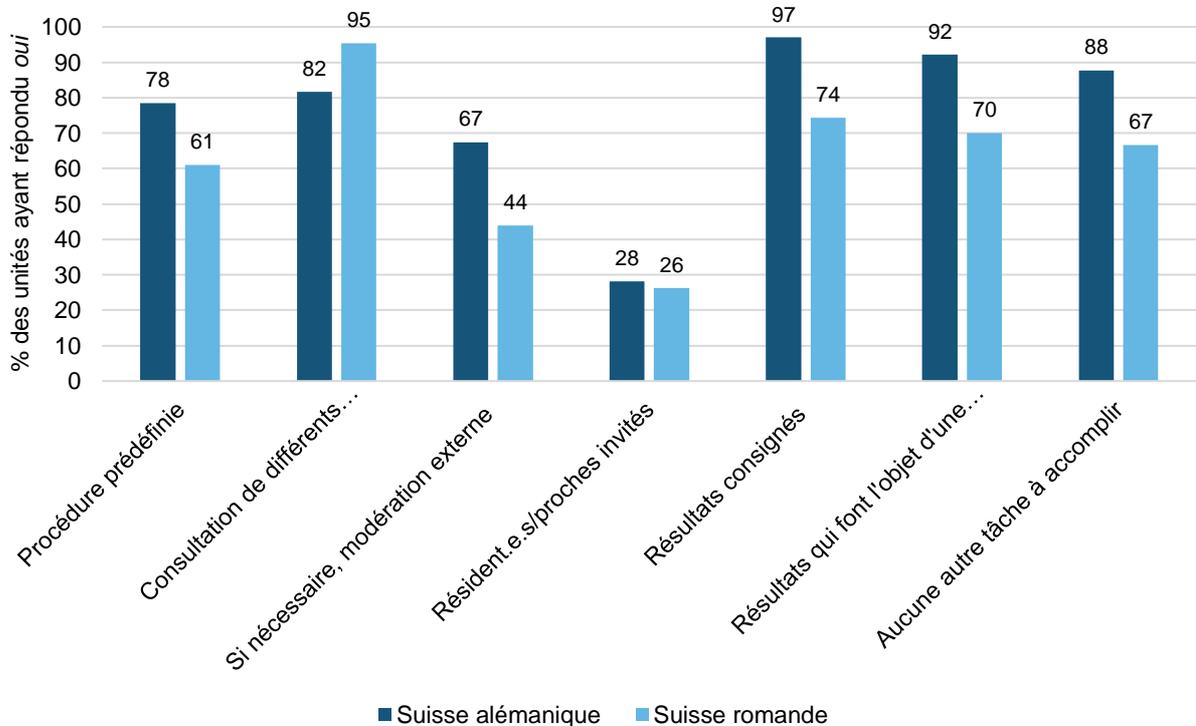


Figure 7 : Caractéristiques des études de cas selon la région linguistique.

3.1.8 Contrôle des infections

Dans le cadre du contrôle des infections, il a été demandé aux EMS s'ils avaient les lignes directrices nécessaires à disposition, s'ils travaillaient avec une personne spécifiquement formée dans le domaine de l'hygiène ou du contrôle et de la prévention des infections et s'ils avaient mis en place des mesures de prévention. 98.3% des EMS ont affirmé disposer de procédures ou de lignes directrices pour la prise en charge d'épidémies (grippe, norovirus, etc.) et 77.8% pour la prise en charge de résident.e.s porteurs de germes multi-résistants (voir Tableau 12). 74.6% des EMS disent collaborer avec des spécialistes en hygiène/contrôle des infections (par ex., des expert.e.s en prévention des infections associées aux soins (EPIAS)). Il n'y a pas de différence selon la région linguistique mais les petits établissements travaillent nettement moins avec ces spécialistes (63.0%) que les grands établissements (82.9%). Si les établissements ont mis en place une collaboration, c'est plus souvent le cas avec des spécialistes externes (petits EMS : 93.3%, moyens : 73.5%, grands EMS : 84.0%). Seule la moitié des EMS affirme exécuter des audits d'hygiène des mains annuellement (51.3%), et un pourcentage encore moindre mesure la consommation de désinfectant pour les mains (40.2%). Sur ce dernier point, de fortes différences régionales sont observées : 75.0% des EMS romands effectuent une telle mesure contre uniquement 33.0% des EMS suisses alémaniques. En ce qui concerne cette thématique, nous pouvons supposer que les résultats ont



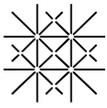
évolué depuis l'apparition du SARS-CoV-2 et que, par exemple, l'implication de professionnels de l'hygiène/du contrôle des infections serait maintenant rapportée par une majorité d'établissements.

	Nombre valable n	Tous (n = 118)	Suisse alémanique (n = 98)	Suisse romande (n = 20)
	n	% Oui	% Oui	% Oui
Procédure ou lignes directrices concernant les germes multi-résistants	117	77.8	78.6	73.7
Procédure ou lignes directrices concernant les épidémies	117	98.3	99.0	94.7
Surveillance des infections	116	69.8	71.9	60.0
Audit annuel d'hygiène de mains	117	51.3	49.5	60.0
Mesure de la consommation de désinfectant pour les mains	117	40.2	33.0	75.0
Collaboration avec une personne spécifiquement formée dans le domaine de l'hygiène ou du contrôle des infections	118	74.6	73.5	80.0
Le/la spécialiste de l'hygiène (n = 89) :				
est de l'établissement	68	61.8	55.6	85.7
vient de l'extérieur	74	81.1	84.4	60.0

Tableau 12 : Contrôle des infections selon la région linguistique.

3.1.9 Documentation électronique des résident.e.s

Travailler avec un système de documentation électronique des soins (dossier du/de la résident.e) est une pratique largement répandue dans les EMS participants à l'étude SHURP 2018. Au total, 93.1% des EMS ont déclaré utiliser un tel système. Les EMS publics sont légèrement sous-représentés, avec un pourcentage de 86.8% (vs les EMS privés : 98.4%), tout comme les EMS de grande taille avec 88.2% (vs les EMS de taille moyenne : 92.9% et de petite taille : 100%). Parmi le peu d'EMS qui ne disposent pas encore d'un système électronique de documentation, deux tiers ont déclaré prévoir l'introduction d'un tel système l'année suivant l'enquête. Finalement, deux EMS (1.7%) se voient continuer à travailler sans documentation électronique, même à long terme.



Éléments enregistrés par la documentation électronique. En ce qui concerne les éléments enregistrés par le système de documentation électronique, d'importantes similarités et différences régionales sont à noter (voir Figure 8). Parmi les éléments les plus mentionnés par les EMS (valeur moyenne >90.0% pour chaque élément), il y a : les données sociodémographiques du/de la résident.e (95.4%), l'histoire de vie (99.1%), les problèmes/diagnostics infirmiers (97.3%), les interventions infirmières (99.1%), les rapports infirmiers (97.3%), la liste de la médication (99.1%) ainsi que le rapport de transfert et de sortie (91.9%).

D'autres éléments ont été moins souvent mentionnés et les résultats varient parfois fortement entre les régions linguistiques. De manière générale, certains éléments ont été plus souvent mentionnés par les EMS romands que suisses alémaniques. Parmi ces éléments figurent les transmissions médicales (F : 94.7% vs D : 43.5%), l'anamnèse médicale (F : 89.5% vs D : 28.3%), le projet de soins anticipé (F : 89.5% vs D : 27.6%), l'évaluation thérapeutique (F : 84.2% vs 34.4%) ainsi que le rapport des soins thérapeutiques (F : 78.9% vs D : 52.2%). Le partage électronique d'informations avec le service médical et les thérapeutes peut être une condition préalable importante à une coordination efficace des traitements et de l'accompagnement et il facilite l'échange d'informations. Les données montrent que les EMS avec un système de médecin répondant rapportent bien plus souvent que les transmissions médicales (63.8% des EMS avec un système de médecin répondant) et l'anamnèse médicale (72.1%) sont disponibles dans le système de documentation électronique.

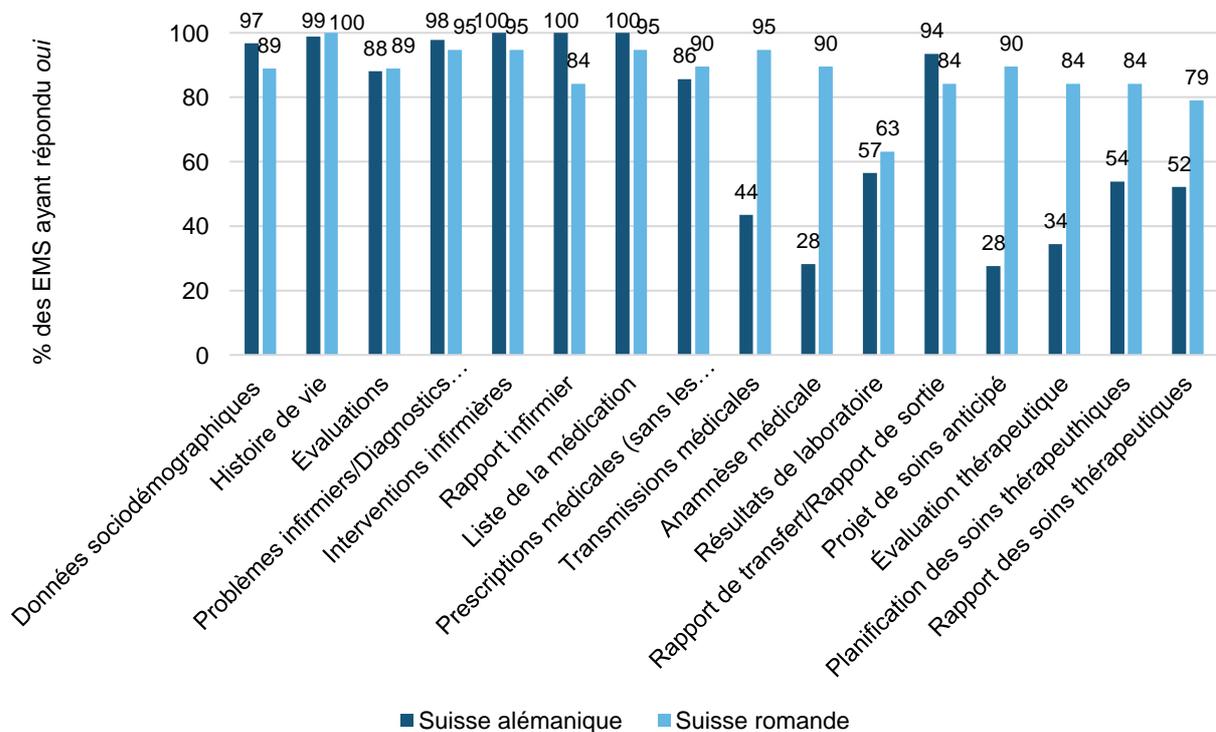


Figure 8 : Éléments de la documentation électronique des soins selon la région linguistique.



Échange des données médicales. Des différences régionales apparaissent également en ce qui concerne l'échange électronique de données médicales (voir Figure 9). Un tel échange est davantage possible en Suisse romande qu'en Suisse alémanique, quel que soit l'interlocuteur.trice qui reçoit les données de santé (médecin, pharmacie, hôpital, etc.). L'échange de données médicales est en premier lieu possible avec le/la médecin répondant (total 46.3% ; F : 68.4% vs D : 41.6%), suivi par le/la médecin traitant (total 31.1% ; F : 66.7% vs D : 23.5%) et les pharmacies (total 38.0% ; F : 68.4% vs D : 31.5%). L'échange de données est bien plus rarement possible avec un hôpital (total 10.6% ; F : 23.5% vs D : 8.0%) ou un laboratoire (total 13.1% ; F : 38.9 vs D : 7.9%).

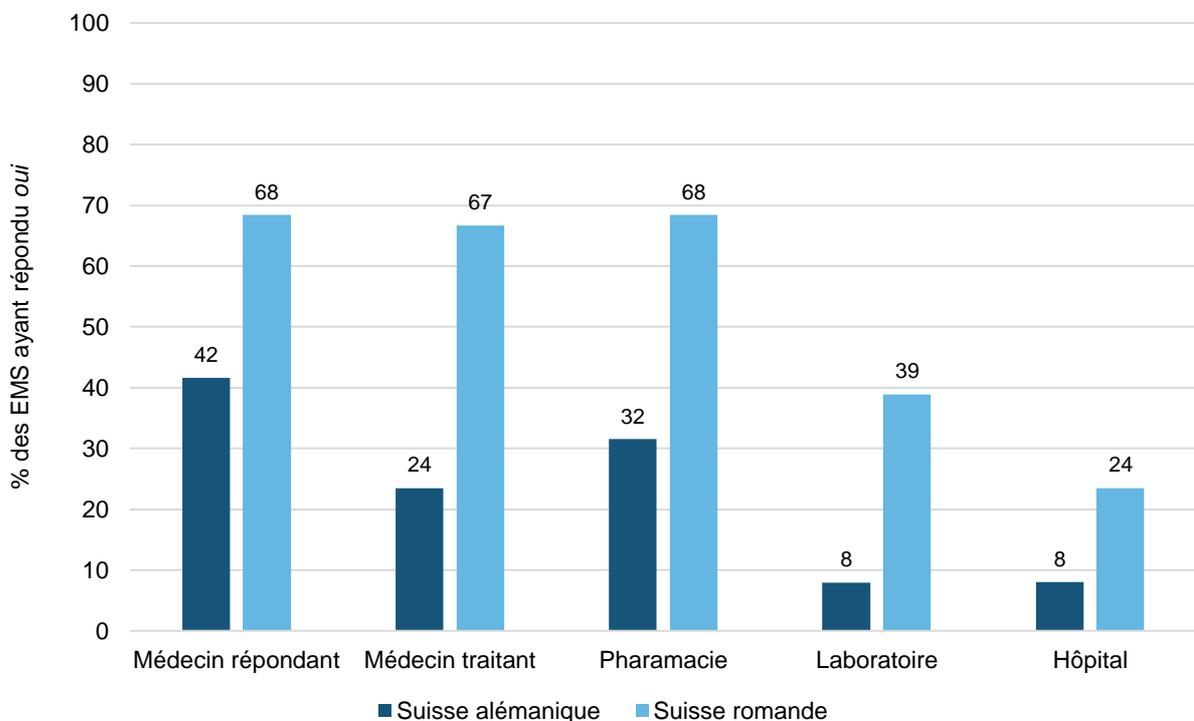


Figure 9 : Échange électronique de données médicales selon la région linguistique.

Utilité. De manière générale, le système de documentation électronique est considéré de manière positive par les directeurs.trices d'EMS. La majorité des directeurs.trices se rejoint sur le fait que ce système contribue au maintien d'une bonne qualité des soins (85.3%), assure la sécurité des soins et de l'accompagnement (83.5%) et contribue à la satisfaction des collaborateurs.trices (74.1%) (voir Tableau 13). De plus, la majorité des EMS est d'accord avec le fait que ce système ne complique pas le processus de soins, ni l'accès rapide aux informations importantes des résidents (respectivement, 88.1% et 89.9%). La part d'EMS qui adhère au fait que le système soutient une prescription adéquate des médicaments, par ex., en indiquant les interactions ou les médicaments potentiellement inadéquats, est moins importante



(approbation : 43.1%). Toutefois, cela peut être lié au fait que tous les établissements ne disposent pas de cette option activée dans leur système, car cela implique également des coûts supplémentaires.

Le système électronique de documentation des résident.e.s ...	Nombre valable n	% approbation¹
...contribue à la satisfaction des employés.	108	74.1
...contribue au maintien d'une bonne qualité des soins.	109	85.3
...assure la sécurité des soins et de l'accompagnement.	109	83.5
...complique le processus de soins.	109	11.9
...donne un bon aperçu de l'évolution des maladies chroniques (par ex., l'évolution des symptômes).	108	77.8
...complique l'accès rapide aux informations importantes des résident.e.s.	109	10.1
...soutient une prescription adéquate des médicaments (par ex., en indiquant les interactions, les médicaments potentiellement inadéquats).	109	43.1
...permet un bon aperçu des chiffres clés actuels des résident.e.s (par ex., rapports de qualité, listes).	109	63.3

¹ Pourcentage des réponses *plutôt d'accord* et *fortement d'accord*.

Tableau 13 : Utilité de la documentation électronique des résident.e.s selon les directeurs.trices.

Des questions sur les avantages et l'utilisation de la documentation électronique n'ont pas été posées seulement aux directeurs.trices d'EMS, mais également au personnel soignant et d'accompagnement. De manière générale, le personnel romand est plus positif par rapport à la documentation électronique des résident.e.s que le personnel suisse allemand (voir Tableau 14). La majorité du personnel soignant et d'accompagnement est d'accord avec le fait que le dossier électronique permet une communication dans les temps au sein de l'équipe (70.1%). Il existe une plus grande adhésion au sein des EMS romands (81.7%) qu'au sein des EMS suisses allemands (68.3%) sur cette question. C'est également le cas pour l'énoncé «Le dossier électronique du résident permet d'avoir une bonne vue d'ensemble des principaux points liés aux soins, à l'accompagnement et au traitement de chaque résident.e», avec lequel 79.1% des personnes interrogées disent être d'accord (F : 90.8% vs D : 77.3%). 76.0% du personnel dit que le dossier électronique permet un bon aperçu quotidien des résident.e.s de l'unité ; 72.2% disent que cela permet d'assurer des soins et traitements sûrs, et 80.6% sont d'accord avec le fait que cela permet un accès rapide aux informations importantes concernant les résident.e.s.



Finalement, moins de la moitié du personnel (48.4%) dit qu'il y a assez d'ordinateurs disponibles dans leur unité pour documenter les informations rapidement. Il s'agit d'un obstacle logistique à une utilisation optimale du dossier électronique dans les EMS qui peut entraîner des problèmes de mise à jour de la documentation. Sur la base des données de SHURP 2018, il a été démontré que le personnel soignant et d'accompagnement est plus susceptible de rationner la documentation si le système de documentation des soins est moins bien évalué et si trop peu d'ordinateurs sont disponibles dans l'unité (3).

Le dossier électronique du/de la résident.e permet...	Tous (n = 4'442)	Suisse alémanique (n = 3'843)	Suisse romande (n = 599)
	% approbation¹	% approbation¹	% approbation¹
...une communication dans les temps au sein de l'équipe soignante et d'accompagnement.	70.1	68.3	81.7
...d'avoir une bonne vue d'ensemble des principaux points liés aux soins, à l'accompagnement et au traitement de chaque résident.e.	79.1	77.3	90.8
...un bon aperçu quotidien des résident.e.s de l'unité.	76.0	74.6	85.2
...d'assurer des soins et des traitements sûrs.	72.2	70.1	85.5
...un accès rapide aux informations importantes concernant les résident.e.s.	80.6	79.4	88.5
Dans notre unité, il y a assez d'ordinateurs disponibles pour documenter les informations rapidement.	48.4	47.2	56.1

¹ Pourcentage des réponses *plutôt d'accord* et *fortement d'accord*.

Tableau 14 : Documentation électronique du point de vue du personnel soignant/d'accompagnement.



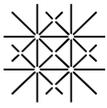
3.2 Résultats liés aux résident.e.s

3.2.1 Qualité des soins et de l'accompagnement

Il a été demandé au personnel soignant et d'accompagnement d'évaluer la qualité des soins et de l'accompagnement prodigués dans leur unité. 90.0% du personnel soignant et d'accompagnement décrit la qualité des soins comme étant *plutôt bonne* ou *très bonne* (voir Tableau 15) ; des chiffres comparables à ceux de 2013 (93.5%). Dans SHURP 2018, le pourcentage du personnel évaluant la qualité des soins comme étant *plutôt bonne* ou *très bonne* va de 50% (dans l'EMS avec l'évaluation la plus basse) à 100% (dans l'EMS avec l'évaluation la plus haute). En ce qui concerne l'évolution de la qualité des soins et de l'accompagnement prodigués dans les unités par rapport à l'année précédente, 81.2% ont déclaré qu'elle était *restée la même* ou *s'était améliorée*. Sur cette question, la valeur de SHURP 2013 est plus haute (88.0%) que celle de 2018 (80.4%) pour le groupe des 47 EMS qui a pris part aux deux éditions.

Le pourcentage du personnel romand à affirmer qu'il y a eu une amélioration de la qualité des soins (43.2%) est nettement plus haut que celui du personnel suisse alémanique (31.9%). Environ les trois quarts des soignant.e.s (76.2%) recommanderaient une place dans leur établissement à un membre de la famille ou à un.e ami.e s'il/elle en avait besoin (dispersion : 36.4%-100%). Le personnel travaillant dans des EMS de petite taille le recommanderait un peu plus que le personnel travaillant dans de grands EMS (84.7% vs 72.9%). Étant donné qu'il y a plus de grands EMS que de petits qui ont participé à SHURP 2018 par rapport à SHURP 2013, ce fait pourrait également expliquer pourquoi, en 2013, un nombre légèrement plus élevé de personnel (83.0%) aurait recommandé leur EMS à d'autres personnes.

	Tous (n = 4'442)	Suisse alémanique (n = 3'843)	Suisse romande (n = 599)
	%	%	%
D'une manière générale comment décrivez-vous la qualité des soins prodigués et l'accompagnement dans votre unité de soins ? (<i>plutôt bonne</i> et <i>très bonne</i>)	90.0	89.5	93.6
Par rapport à l'année écoulée, vous estimez que la qualité des soins dans votre unité <i>est restée la même</i> et <i>s'est améliorée</i> .	81.2	81.1	81.6



	Tous (n = 4'442)	Suisse alémanique (n = 3'843)	Suisse romande (n = 599)	
		%	%	%
Recommanderiez-vous votre institution à un membre de votre famille ou à un.e de vos ami.e.s s'il/elle avait besoin d'une place dans un EMS ? (<i>probablement oui et oui sûrement</i>)	76.2	74.6	86.6	

Tableau 15 : Qualité des soins et de l'accompagnement selon le personnel soignant et d'accompagnement et selon la région linguistique.

3.2.2 Vue d'ensemble des indicateurs de qualité

Depuis 2019, six indicateurs de qualité médicaux nationaux couvrant quatre domaines ont été introduits dans tous les EMS suisses. Ces indicateurs couvrent les mesures limitant la liberté de mouvement (deux indicateurs), la malnutrition, la douleur (deux indicateurs) et la polymédication. La mesure de ces indicateurs de qualité est obligatoire et les résultats seront publiés par l'Office fédérale de la santé publique (OFSP) dans le futur. Comme SHURP 2018 a eu lieu au moment où la mesure de ces indicateurs de qualité avait juste commencé, tous les établissements n'ont pas été en mesure de livrer les données nécessaires au calcul des indicateurs de qualité.

Les indicateurs de qualité ont été calculés sur la base de données de routine collectées par les EMS avec les instruments BESA et RAI-NH, lors de l'évaluation des besoins en soins requis, et transmis à l'équipe de recherche de SHURP 2018. Pendant la période de collecte de données de SHURP 2018, aucune donnée n'a pu être collectée par l'instrument PLAISIR/PLEX (utilisé seulement en Suisse romande) pour le calcul des indicateurs de qualité, et il n'a donc pas été possible d'effectuer des comparaisons entre régions linguistiques dans ce chapitre.

Pour le calcul des indicateurs de qualité, des critères d'exclusion et un ajustement des risques sont utilisés. Grâce à l'ajustement des risques, la comparabilité des résultats des indicateurs entre les établissements est améliorée car les différences liées aux profils des résident.e.s (casemix) vivant dans les EMS sont contrôlées statistiquement. L'utilisation de critères d'exclusion permet de s'assurer que seuls les résident.e.s pour lesquels les résultats sont pertinents sont inclus dans l'échantillon. Le Tableau 16 présente les définitions des indicateurs de qualité et résume les variables utilisées dans l'étude pour l'ajustement des risques, ainsi que les critères d'exclusion utilisés, tels qu'ils sont envisagés dans le concept actuel de l'OFSP. Vous trouvez de plus amples informations sur les indicateurs de qualité sur le site internet de [CURAVIVA](#) Suisse et dans les fiches d'informations correspondantes.



Indicateur de qualité	Définition de l'indicateur de qualité	Ajustement des risques	Critères d'exclusion
Mesures limitant la liberté de mouvement	1. Pourcentage de résident.e.s avec fixation quotidienne du tronc (en position assise ou couchée) ou siège ne permettant pas de se lever de façon indépendante au cours des sept derniers jours.	- Niveau de soins - Cognitive Performance Scale (CPS)	- Application à la demande du/de la résident.e
	2. Pourcentage de résident.e.s avec utilisation quotidienne de barrières de lit ou autres dispositifs sur tous les côtés ouverts du lit destinés à empêcher les résident.e.s de quitter leur lit de manière autonome au cours des sept derniers jours.	- Niveau de soins - CPS	- Application à la demande du/de la résident.e
Malnutrition	3. Pourcentage des résident.e.s qui ont une perte de poids de 5% ou plus au cours des 30 derniers jours ou de 10% ou plus au cours des 180 derniers jours.	- Niveau de soins - CPS	- Évaluation à l'entrée - Espérance de vie < 6 mois
Douleur	4. Auto-évaluation : pourcentage de résident.e.s ayant fait part de douleurs quotidiennes modérées ou fortes ou de douleurs très fortes non quotidiennes au cours des sept derniers jours.	- Niveau de soins - CPS - Sexe	- Pas d'autoévaluation valide disponible
	5. Évaluation par des tiers : pourcentage de résident.e.s chez qui des douleurs quotidiennes modérées ou fortes ou des douleurs très fortes non quotidiennes ont été observées au cours des sept derniers jours.	- Niveau de soins - CPS - Sexe	Aucun



Indicateur de qualité	Définition de l'indicateur de qualité	Ajustement des risques	Critères d'exclusion
Polymédication	6. Le pourcentage de résident.e.s ayant pris neuf principes actifs ou plus au cours des derniers sept jours.	- Niveau de soins - CPS - Âge	Aucun

Tableau 16 : Définitions, ajustement des risques, critères d'exclusion : indicateurs de qualité nationaux.

Résultats ajustés selon les risques des indicateurs de qualité nationaux. Parmi les 118 EMS ayant participé à l'étude SHURP 2018, 86 établissements ont été en mesure de nous fournir des données concernant les indicateurs de qualité pour leurs résident.e.s (38 travaillent avec BESA, 48 avec RAI-NH), ce qui représente 6'893 résident.e.s. Au sein de cet échantillon, les résultats des indicateurs de qualité ajustés selon les risques vont de 0.2% pour les fixations du tronc ou du siège ne permettant pas de se lever indépendamment à 44.3% en ce qui concerne les résident.e.s avec polymédication.

La Figure 10 ci-dessous montre la moyenne de chaque indicateur de qualité ajustée selon les risques, ainsi que la distribution des valeurs sur l'ensemble des EMS de l'échantillon de SHURP 2018. On peut ainsi clairement observer, d'une part la dispersion des résultats (l'étendue sur la longueur) et d'autre part, la fourchette de mesure dans laquelle la plupart des établissements se situe (la hauteur représente le nombre d'EMS par mesure). Par exemple, dans le cas de l'indicateur polymédication, on voit que la moyenne de résident.e.s avec polymédication par EMS va de 21.9% à 69.0%, et que la majorité des EMS ont des résultats allant de 38% à 50%.

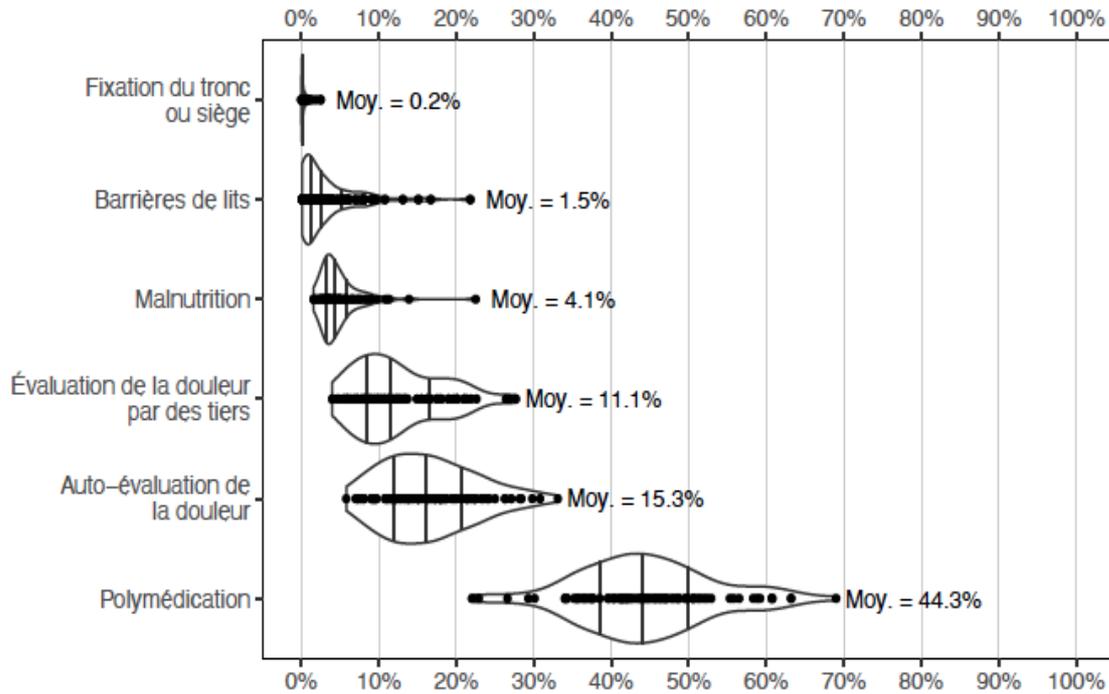
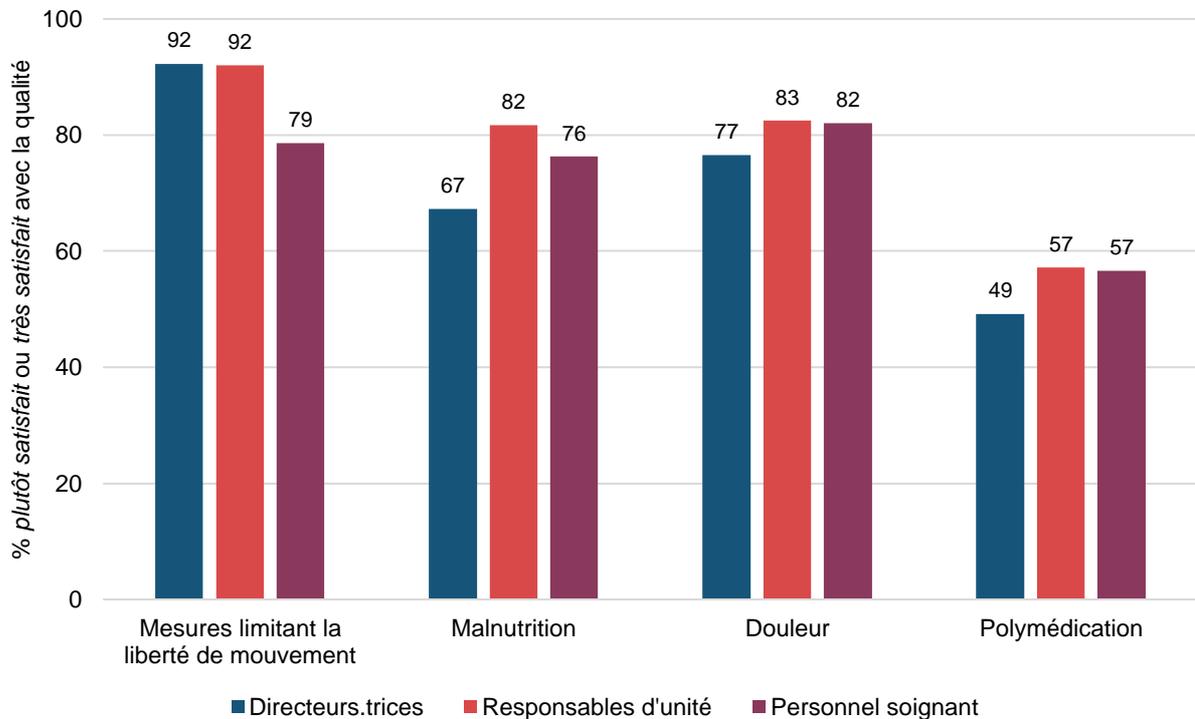


Figure 10 : Indicateurs de qualité : moyennes ajustées selon les risques et dispersion.

Satisfaction de la qualité des soins par rapport aux indicateurs de qualité. Une même question, concernant la satisfaction par rapport à la qualité des soins prodigués dans les domaines mesurés par les indicateurs de qualité, a été posée à trois niveaux au sein des EMS : aux cadres supérieurs (directeurs.trices d'EMS, responsables des soins), aux responsables d'unité et au personnel soignant. Seul le personnel avec un niveau tertiaire ou titulaire d'un CFC a été pris en compte dans le calcul des résultats.

La Figure 11 montre une comparaison des résultats entre le personnel interrogé des trois niveaux. Les cadres supérieurs ont répondu à une question additionnelle au sujet de la qualité des soins en général et elle indique que 91.2% d'entre eux se disent *plutôt satisfaits* ou *très satisfaits*.



Remarques : Les aides-soignant.e.s et les auxiliaires de santé sont ici exclus du calcul du personnel soignant.

Figure 11 : Satisfaction avec les indicateurs de qualité – Comparaison

Les personnes interrogées se montrent le plus satisfaites avec la qualité liée aux mesures limitant la liberté de mouvement, puis à la malnutrition, et enfin à la douleur. C'est par rapport à la polymédication que les personnes interrogées sont le moins satisfaites. Une différence de satisfaction entre les différents niveaux de professionnels interrogés est observée pour tous les indicateurs. Ainsi, en ce qui concerne les mesures limitant la liberté de mouvement, les cadres supérieurs et les responsables d'unité sont bien plus satisfaits (respectivement, 92.3 et 92.0%) que le personnel soignant (78.6%). De même, les valeurs diffèrent en ce qui concerne la malnutrition : les responsables d'unité sont 81.7% à se déclarer satisfaits, alors que c'est le cas de 76.3% du personnel soignant et de 67.3% des cadres supérieurs. En ce qui concerne la polymédication et la douleur, la satisfaction entre les différents niveaux est plus proche, et ce sont les cadres supérieurs qui sont les moins satisfaits de la qualité dans les deux cas. On remarque également que pour tous les indicateurs, les responsables d'unité sont les plus susceptibles d'en donner une évaluation positive.

Évaluation de l'utilité des indicateurs de qualité nationaux. D'une part, nous avons demandé aux cadres supérieurs dans quelle mesure les indicateurs de qualité nationaux les aideraient à suivre l'évolution de la qualité des soins dans leur EMS et leur permettraient de mettre en place d'éventuelles mesures d'amélioration. D'autre part, nous leur avons demandé s'ils étaient convaincus de l'utilité de ces indicateurs pour comparer les soins et services fournis par leur EMS avec ceux d'autres EMS (benchmarking). De manière générale, les directeurs.trices se montrent convaincus de l'utilité des indicateurs nationaux pour le

suivi interne de la qualité (de 78.4% d'approbation pour la malnutrition à 90.5% pour la douleur). Ils se montrent également plutôt convaincus de leur utilité pour le benchmarking, mais dans de plus faibles proportions (de 67.3% d'approbation pour la malnutrition à 76.9% pour la douleur). Dans les deux cas, la douleur est l'indicateur qui convainc le plus, alors que la malnutrition est celui qui convainc le moins (voir Figure 12).

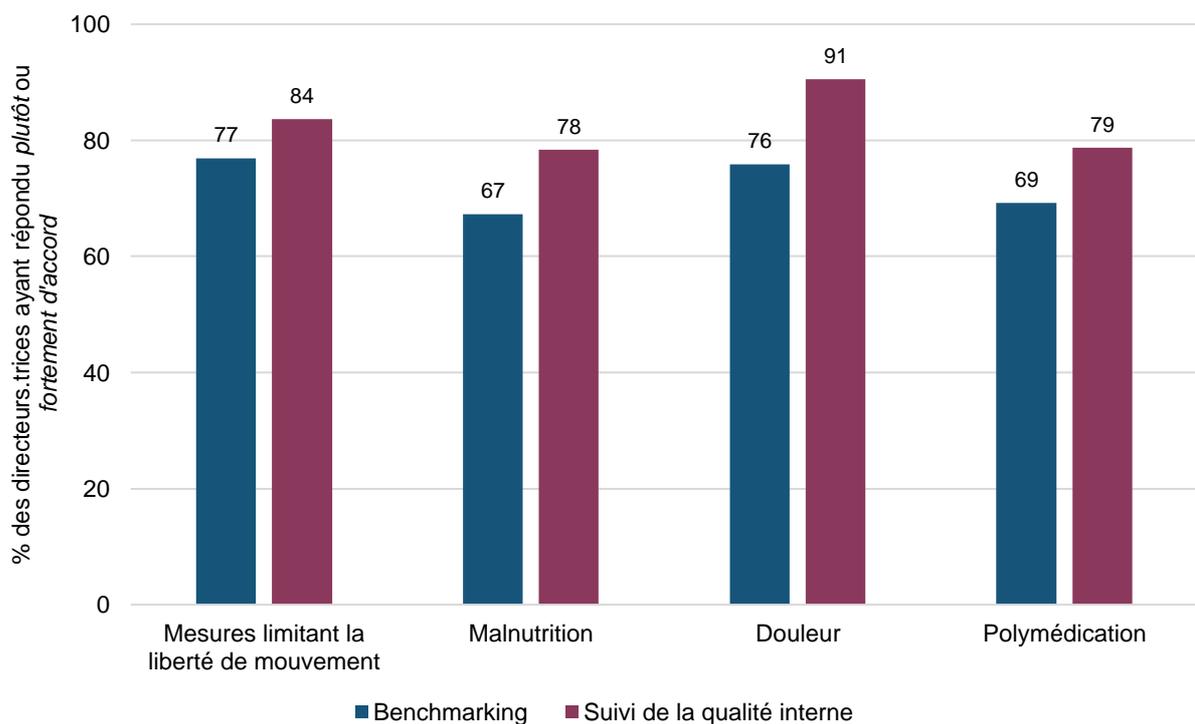
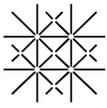


Figure 12 : Utilité des indicateurs de qualité pour le benchmarking et le suivi interne de la qualité.

Compétences pour l'utilisation des résultats des indicateurs de qualité. Une proportion importante (90.5%) des cadres supérieurs estime avoir les compétences nécessaires à l'interne pour mettre à profit les résultats des indicateurs de qualité dans leur établissement. La proportion des cadres supérieurs des petits EMS est plus faible à l'affirmer (80.8%) que celles des grands EMS (94.3%).

Parmi les établissements participants, 72.2% travaillent avec des infirmier.ère.s expert.e.s. Les infirmier.ère.s expert.e.s sont 82.2% à affirmer que surveiller les résultats des indicateurs de qualité dans leur établissement devrait faire partie de leur travail (voir Chapitre 3.7 pour de plus amples informations). Nous avons également demandé aux infirmier.ère.s expert.e.s dans quelle mesure ils/elles se sentent confiants pour trouver une solution pour les résident.e.s ayant un problème dans l'un des domaines couverts par les indicateurs de qualité nationaux (échelle de 0% – très peu confiant à 100% – très confiant). La



médiane, c'est-à-dire le point qui sépare les réponses données en deux parties égales, et aussi ici le niveau qu'ont choisi la plupart des infirmier.ère.s expert.e.s, est de 90% pour la douleur, ainsi que pour les mesures limitant la liberté de mouvements, et de 80% pour la malnutrition et la polymédication. Ces résultats montrent que la confiance est élevée, ce qui est un bon signe pour l'approche de ces thématiques.

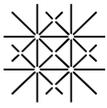
3.2.3 Indicateurs de qualité – Mesures limitant la liberté de mouvement

Lorsqu'on parle de mesures limitant la liberté de mouvement (aussi appelées mesures de contention), on entend, par exemple, des mesures telles que les barrières de lits, les ceintures, les attaches, les chaises avec tables ou encore les chaises profondes ne permettant pas de se lever (4). Ces mesures sont souvent utilisées dans le but d'assurer la sécurité des résident.e.s, par exemple pour prévenir les chutes ou pour gérer les comportements difficiles (par ex., agressions ou errance) (5).

Cependant, il a été prouvé que les mesures limitant la liberté de mouvement ne sont ni efficaces, ni sûres : elles ont des conséquences négatives pour de nombreux résident.e.s, à la fois physiques, psychologiques et sociales (6-8). L'application de telles mesures pose des problèmes éthiques, car elles restreignent l'autonomie des résident.e.s (9, 10). Que ce soit du point de vue de la recherche ou de la pratique clinique, leur utilisation n'est pas le signe d'une bonne qualité des soins, surtout dans le domaine des soins de longue durée (11). Bien que les mesures limitant la liberté de mouvement ne soient que très rarement utilisées dans certains pays (par ex., au Royaume-Uni), elles restent employées dans de nombreux pays d'Europe et dans le reste du monde. La prévalence peut varier de 6% à 70%, selon les études et les pays, mais les données sont difficiles à comparer, car les mesures limitant la liberté de mouvement ne sont pas définies de la même manière dans toutes les études (5, 12).

En Suisse, les mesures limitant la liberté de mouvement ne peuvent être utilisées avec un.e résident.e capable de discernement qu'avec son consentement. En ce qui concerne les résident.e.s n'ayant pas la capacité de discernement, de telles mesures ne peuvent être utilisées que si des mesures moins rigoureuses ont échoué ou apparaissent a priori insuffisantes, conformément à la loi sur la protection de l'adulte, droit des personnes et droit de la filiation, art. 383 du Code civil suisse.

En Suisse, les mesures limitant la liberté de mouvement sont mesurées avec deux indicateurs (13) définis dans le chapitre 3.2.2 (Vue d'ensemble des indicateurs de qualité). Les résident.e.s capables de discernement sont exclus des calculs. D'après les données fournies par les EMS participants à SHURP 2018 (n=86), le pourcentage de résident.e.s avec une fixation du tronc ou avec un siège ne permettant pas de se lever de manière autonome s'élève à 2.5% (dispersion : 0-12.5%) et à 11.1% pour les barrières de lit (dispersion : 0-35.1%). Les résultats ajustés selon les risques se trouvent au chapitre 3.2.2 (Vue d'ensemble des indicateurs de qualité).



Structures et processus en place. Au niveau des structures en place, 97.5% des directeurs.trices rapportent avoir à disposition des lignes directrices au sujet de la mise en place de mesures limitant la liberté de mouvement. Nous avons également interrogé les responsables d'unité : le pourcentage d'accord entre les responsables d'unité et les directeurs.trices sur l'existence de telles directives est de 96.2%. La conscience de l'existence de telles lignes directrices est déjà une première étape importante pour garantir qu'elles soient réellement utilisées dans les unités. En outre, plus de 90% des EMS vérifient au moins une fois par année cet indicateur et discutent de mesures éventuelles à mettre en place (médiane : 2x par année, dispersion : 0-12x/an).

Nous avons demandé aux responsables d'unité quels moyens technologiques restreignant les mouvements des résident.e.s étaient utilisés dans leur unité (voir Tableau 17). L'utilisation de mesures alternatives (par ex., mesures électroniques ou spatiales) pourrait être un moyen de réduire le nombre de mesures physiques limitant la liberté de mouvement utilisées (14, 15)..

Moyens technologiques	Responsables d'unité (n = 383)	% Oui
Tapis d'alarme		93.2
Bracelets électroniques		65.8
Matelas avec capteur de pression		35.5
Système de détection pour ouverture des portes		27.9
Caméras		5.5

Tableau 17 : Moyens technologiques utilisés comme mesures limitant la liberté de mouvement.

On remarque que les tapis d'alarme sont utilisés par la presque totalité des unités et que les bracelets électroniques le sont par deux tiers des unités, alors que les caméras sont très peu utilisées. En outre, 8.6% des responsables d'unité ont indiqué utiliser des GPS et 15.3% des détecteurs de mouvements.

Nous avons demandé aux responsables d'unité de quelle manière la décision d'utiliser une mesure limitant la liberté de mouvement était discutée. Les résultats sont présentés dans la Figure 13.

Les décisions d'utiliser des mesures limitant la liberté de mouvement sont discutées:

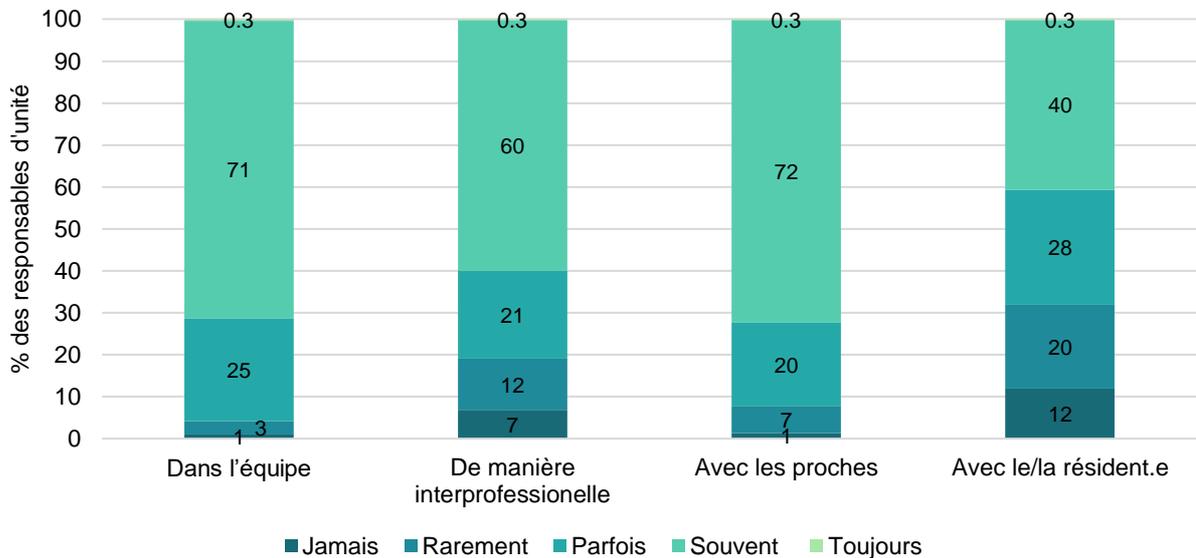


Figure 13 : Partenaires de décision concernant les mesures limitant la liberté de mouvement.

On voit que ces décisions n'incluent pas systématiquement les proches et les résident.e.s et/ou ne font pas systématiquement l'objet d'une évaluation au sein de l'équipe soignante au sens large : la décision n'est *jamais* ou *rarement* discutée avec les résident.e.s dans 31.9% des unités, mais c'est *souvent* ou *toujours* le cas dans 40.6% des unités. La décision est *souvent* ou *toujours* discutée au sein de l'équipe selon 71.3% des responsables d'unité, de manière interprofessionnelle (avec au moins un.e infirmier.ère et un.e médecin présent) selon 60.0% des responsables et avec les proches selon 72.4% des responsables d'unité.

Compétences à disposition. L'accès à des compétences spécialisées, ou à des compétences de haut niveau, est soulignée dans la littérature scientifique comme un facteur favorisant potentiellement moins d'utilisation de mesures limitant la liberté de mouvement en EMS (5, 11). Nous avons demandé aux directeurs.trices si leur EMS avait la possibilité de consulter quelqu'un de spécialisé dans les mesures limitant la liberté de mouvement, lorsque le personnel était confronté à une situation complexe. Les résultats sont présentés dans la Figure 14 ci-dessous. 11% des EMS ont répondu qu'ils n'avaient accès à aucun spécialiste.

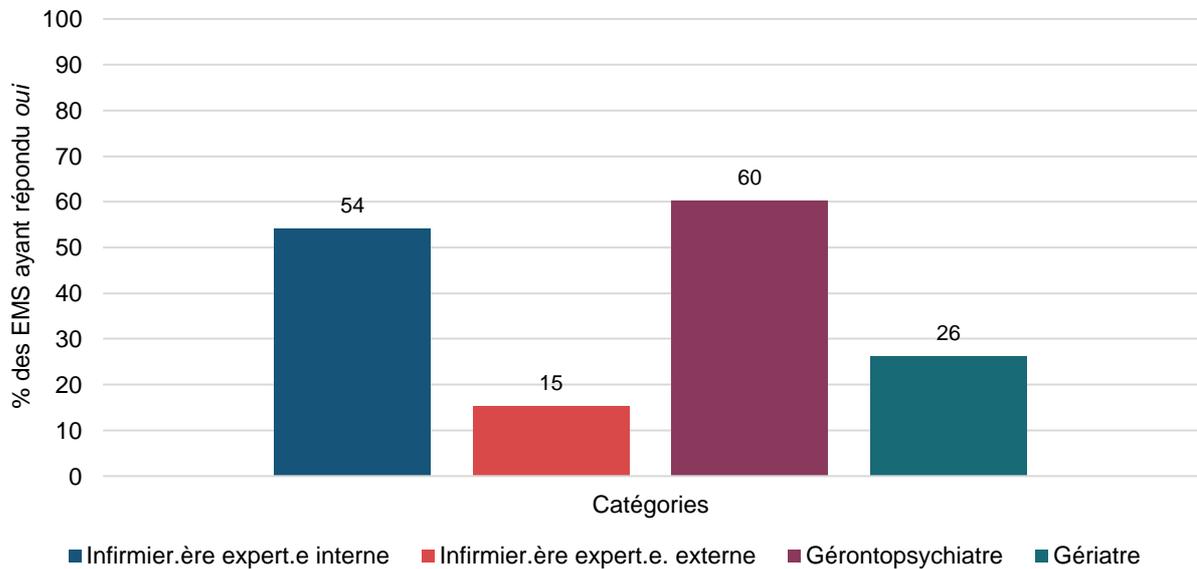
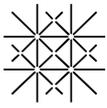


Figure 14 : Accès à des spécialistes.

Les grands EMS sont 65.7% à avoir accès à un.e infirmier.ère expert.e à l'interne (vs 50.0% d'EMS de taille moyenne et 48.7% de petits EMS). Les EMS publics sont plus nombreux à y avoir accès (61.1% vs 48.1% dans les EMS privés), tout comme les EMS suisses alémaniques (57.1% vs 40.0% dans les EMS romands) (voir Tableau 18). En outre, trois EMS ont indiqué pouvoir se référer à une commission d'éthique en cas de besoin.

L'accès à un.e gérontopsychiatre semble par contre plus répandu dans les petits EMS (66.7%) que dans les moyens ou les grands (62.5% et 51.4% respectivement). L'accès y est aussi plus usuel dans les EMS publics (72.2%) que dans les EMS privés (50.0%) et dans les EMS suisses alémaniques (63.3%) plus que dans les EMS romands (45.0%). C'est également le cas en ce qui concerne l'accès à un.e gériatre (D : 28.6% vs F : 15.0%) (voir Tableau 18). De manière générale, un nombre plus élevé d'EMS publics ont indiqué avoir accès à des spécialistes que d'EMS privés.



Accès à :	Total (n = 118)	Grands (≥ 100 lits) (n = 35)	Moyens (50-99 lits) (n = 56)	Petits (20-49 lits) (n = 27)	Suisse alé- manique (n = 98)	Suisse romande (n = 20)
	% Oui	% Oui	% Oui	% Oui	% Oui	% Oui
Infirmier.ère expert.e	54.2	65.7	50.0	48.1	57.1	40.0
Interne						
Infirmier.ère expert.e	15.3	20.0	10.7	18.5	15.3	15.0
Externe						
Gérontopsychiatre	60.2	51.4	62.5	66.7	63.3	45.0
Gériatre	26.3	25.7	28.6	22.2	28.7	15.0

Tableau 18 : Accès à de l'expertise selon la taille de l'établissement et la région linguistique.

En ce qui concerne les infirmier.ère.s expert.e.s travaillant au sein des EMS participants, près de 10% d'entre eux/elles indiquent ne jamais apporter de soutien au personnel soignant et d'accompagnement au sujet des mesures limitant la liberté de mouvement. Pour près de 60% d'entre eux/elles, la fréquence se situe entre une fois par mois à une fois tous les trois mois et pour 31.7% d'entre eux/elles, c'est entre une fois par semaine et plus d'une fois par jour, ce qui montre que toutes les infirmier.ère.s expert.e.s n'ont pas le même rôle dans ce domaine. Les infirmier.ère.s expert.e.s indiquent par ailleurs consacrer en moyenne 3.8 heures par mois à la question des mesures limitant la liberté de mouvement, y compris pour la formation, le coaching et les consultations (médiane : 2 heures, dispersion : 0-20 heures).

Opinions du personnel vis-à-vis des mesures limitant la liberté de mouvement. Une importante littérature scientifique a étudié l'attitude du personnel (positive ou négative) vis-à-vis de l'utilisation de mesures limitant la liberté de mouvement chez les résident.e.s en EMS. L'attitude du personnel à ce sujet influence la décision d'appliquer ou non de telles mesures (16, 17). Nous avons questionné le personnel soignant et d'accompagnement ainsi que les responsables d'unité à ce sujet. Les résultats, présentés dans le Tableau 19, montrent que les responsables d'unité ont une vision globalement plus positive que le personnel soignant sur la manière dont sont gérées les mesures limitant la liberté de mouvement dans leur unité.



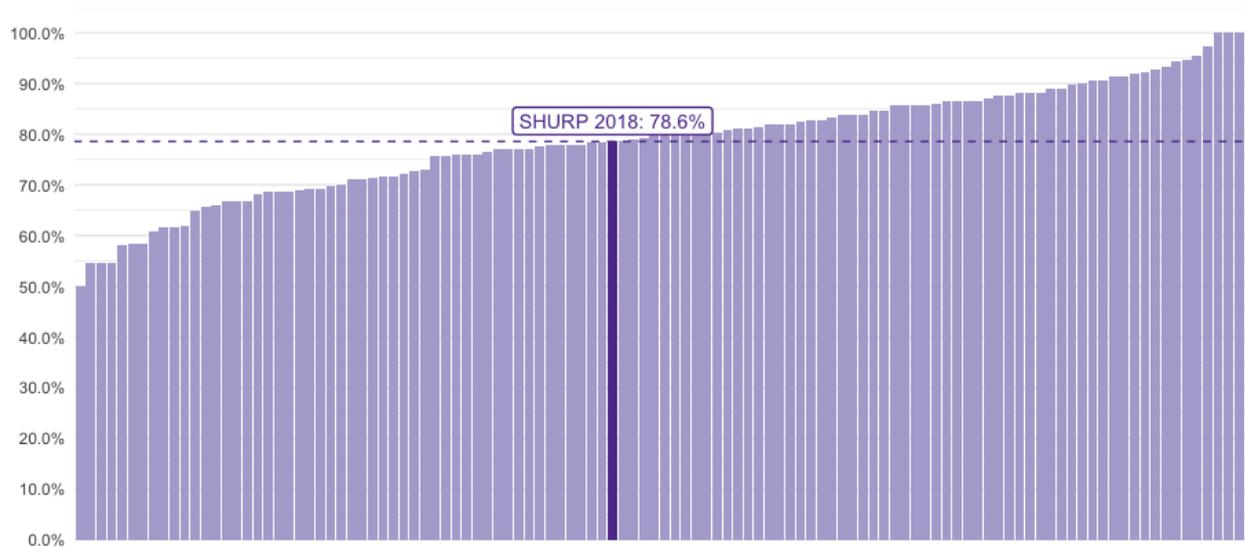
	Personnel soignant et Responsables d'unité d'accompagnement (n = 385)	
	(n = 4'442)	
	% approbation¹	% approbation¹
Notre unité utilise les mesures limitant la liberté de mouvement trop fréquemment.	9.7	3.9
Si nous utilisons des mesures limitant la liberté de mouvement, c'est toujours par nécessité.	76.6	89.8
Les mesure limitant la liberté de mouvement sont utilisées de façon précoce.	10.8	3.1
Notre unité utilise aussi peu de mesures limitant la liberté de mouvement que possible.	68.5	89.9
Les mesures limitant la liberté de mouvement sont appliquées pour faciliter la tâche du personnel infirmier.	5.9	2.1
Notre unité utilise trop fréquemment des médicaments pour tranquilliser les résident.e.s	9.7	6.0

¹ Pourcentage des réponses *d'accord* et *fortement d'accord*.

Tableau 19 : Opinions comparées vis-à-vis des mesures limitant la liberté de mouvement.

Satisfaction vis-à-vis de la gestion des mesures limitant la liberté de mouvement. Les résultats présentés dans cette sous-section sont également exposés au chapitre 3.2.2.

Nous avons demandé aux personnes interrogées quel était leur niveau de satisfaction par rapport à la gestion des mesures limitant la liberté de mouvement dans leur établissement ou leur unité. Le personnel soignant est 78.6% à se déclarer *plutôt satisfait* ou *très satisfait*. Il existe cependant d'importantes différences entre établissements, allant de 50% à 100% de satisfaction selon les EMS (voir Figure 15). La proportion de personnes satisfaites est plus élevée chez les responsables d'unité (91.8%) et les directeurs.trices (92.0%) que chez le personnel soignant. Les directeurs.trices des EMS romands sont moins nombreux à être satisfaits de la qualité des soins offerts dans ce domaine (85.0%) que les directeurs.trices suisses allemand.e.s (93.8%). De manière générale, l'indicateur de qualité relatif aux mesures limitant la liberté de mouvement est celui dont les personnes interrogées sont le plus satisfaites (voir chapitre 3.2.2 « Vue d'ensemble des indicateurs de qualité »).



Remarque : Réponses *plutôt satisfait* ou *très satisfait* du personnel soignant et d'accompagnement. Chaque barre représente la valeur moyenne d'un EMS.

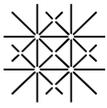
Figure 15 : Satisfaction concernant la gestion des mesures limitant la liberté de mouvement.

3.2.4 Indicateurs de qualité – Malnutrition

Le risque de malnutrition s'accroît avec l'âge, en raison d'une série de facteurs comme la diminution des quantités de nourriture ingérées et de la biodisponibilité des nutriments. Il s'accroît également après l'entrée des personnes âgées en EMS (18, 19). La malnutrition peut avoir des conséquences graves : elle est associée à une augmentation des risques de mortalité et de morbidité (par ex., risques de chute et d'infections), à une diminution de la qualité de vie, ainsi qu'à d'autres conséquences négatives (par ex., risque augmenté d'hospitalisation et d'un plus long séjour à l'hôpital) (20, 21).

Il existe différentes lignes directrices et recommandations au sujet de la prévention de la malnutrition, et également pour la surveillance, le dépistage et le traitement des résident.e.s en situation de malnutrition (22, 23). Ces mesures peuvent être prises tant au niveau des établissements ou des unités que directement avec les résident.e.s. Dans l'étude SHURP 2018, la prévalence de la malnutrition est estimée à 4.1% (dispersion : 0.0% à 23.8%). La définition de l'indicateur de qualité malnutrition peut être trouvée dans le chapitre 3.2.2 (Vue d'ensemble des indicateurs de qualité). Nous avons questionné à la fois le personnel soignant et d'accompagnement, les responsables d'unité et les directeurs.trices sur ce sujet.

Prévention, surveillance et dépistage de la malnutrition. La prévention, la surveillance et le dépistage efficace de la malnutrition sont cruciaux pour sa bonne prise en charge. Une détection efficace et précoce peut contribuer à l'amélioration de la prise en charge des résident.e.s, mais elle peut ne pas être suffisante. Des directives et du personnel qualifié avec des connaissances sur le thème de la malnutrition chez les



personnes âgées, ainsi que l'accès à des conseils nutritionnels sont des éléments favorisant une meilleure prévention et surveillance de la malnutrition chez les résident.e.s (22, 23).

En ce qui concerne les directives, 59.5% des directeurs.trices d'EMS ont indiqué que des lignes directrices ou des instructions sur le thème de la malnutrition sont disponibles dans leur établissement. Les directeurs.trices des petits EMS sont moins nombreux à rapporter avoir de telles directives en place (29.2%) en comparaison avec les directeurs.trices de grands EMS (76.5%) et d'EMS de taille moyenne (63.6%). Ces résultats sont représentés dans le Tableau 20.

De plus, les directeurs.trices des EMS suisses alémaniques rapportent l'existence de telles directives dans une proportion moindre (56.2%) par rapport aux EMS romands (75.0%). De manière similaire, les responsables d'unité sont 62.5% à rapporter l'existence de directives pour le dépistage et le traitement de la malnutrition dans leur unité. Au sein des mêmes établissements, les directeurs.trices et les responsables d'unité ne sont pas toujours d'accord : seuls 47.8% des responsables d'unité sont d'accord avec les directeurs.trices quant à l'existence de telles directives. 16.2% des responsables d'unité ont rapporté qu'il n'existait pas de directives, alors même que le/la directeur.trice de l'EMS mentionnait leur existence.

En ce qui concerne les qualifications et les compétences du personnel, les directeurs.trices sont 52.7% à indiquer que leur établissement travaille avec un.e diététicien.ne et 66.1% avec un.e cuisinier.ère en diététique. Dans 89.0% des EMS, une partie du personnel de cuisine a suivi une formation concernant l'alimentation adaptée aux personnes âgées. Selon la région linguistique, d'importantes différences apparaissent : 70.0% des EMS romands travaillent avec un.e diététicien.ne contre 48.9% des EMS suisses alémaniques. Au niveau de la taille des établissements, les grands établissements ont plus souvent accès à ce type de compétences que les petits ou les moyens. Une partie de ces résultats sont rapportés dans le Tableau 20.



	Nombre valable n	Tous (n = 118)	Grands (≥ 100 lits) (n = 35)	Moyens (50-99 lits) (n = 56)	Petits (20-49 lits) (n = 27)
		% Oui	% Oui	% Oui	% Oui
Disponibilité de directives sur la malnutrition	116	59.5	76.5	63.6	29.6
L'établissement travaille avec					
un.e diététicien.ne	112	52.7	62.9	54.7	33.3
un.e cuisinier.ère en diététique	109	66.1	79.4	63.5	52.2
Une partie du personnel de cuisine a suivi une formation concernant l'alimentation adaptée aux personnes âgées	109	89.0	91.2	88.0	88.0

Tableau 20 : Structures concernant l'alimentation selon la taille des EMS.

En ce qui concerne la préparation des repas, 8.4% des responsables d'unité rapportent que tous les repas des résident.e.s sont préparés dans leur unité (plutôt que par ex., au restaurant de l'établissement), et un quart des unités (25.9%) ne préparent aucun repas sur place. Dans les autres unités (65.7%), seuls certains repas (surtout le petit-déjeuner et les en-cas) sont préparés au sein de l'unité.

Nous avons également demandé aux directeurs.trices quels instruments étaient utilisés dans leur établissement pour évaluer le statut nutritionnel des résident.e.s : un peu plus d'un tiers (35.2%) indiquent que leur EMS utilise le Mini Nutrition Assessment Short Form (MNA-SF) avec six items et 17.5% utilisent le Mini Nutrition Assessment avec 18 items. A titre indicatif, le MNA est l'instrument recommandé par la European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (2002) pour dépister la malnutrition chez les personnes âgées en EMS (24), et le MNA-SF a également prouvé son efficacité (25). Le Nutrition Risk Screening (NRS, NRS – 2002) et le Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) sont quant à eux très peu utilisés (par 5.9% et 1% des EMS respectivement). Ces résultats sont représentés dans la Figure 16.

Ainsi, au total 62.6% des EMS ont un tel instrument à disposition dans leur EMS et parmi ceux-là, 12.7% en ont plusieurs. Cependant, près de 4 EMS sur 10 (37.3%) n'ont aucun instrument à disposition pour évaluer le statut nutritionnel des résident.e.s.

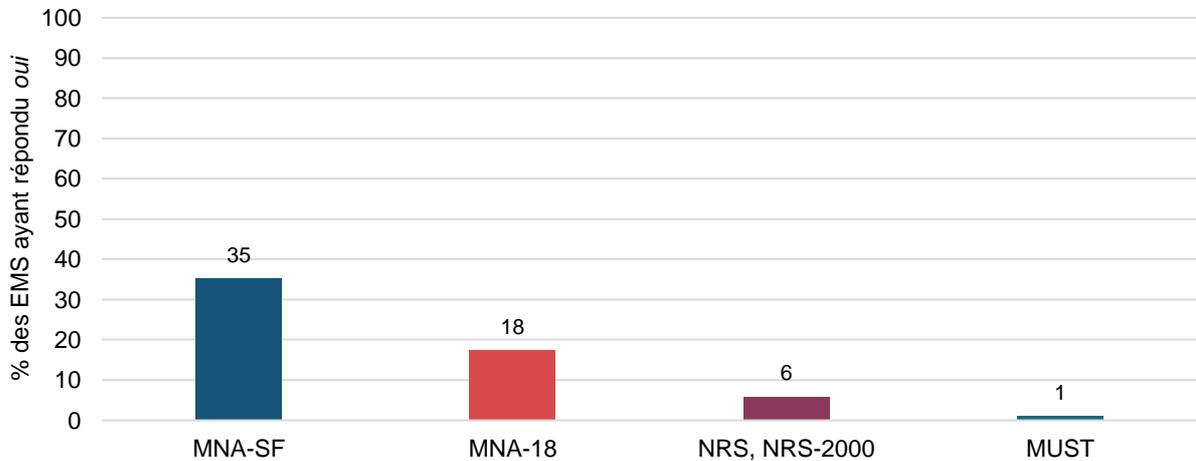
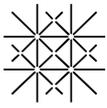


Figure 16 : Instruments existants pour l'évaluation de la malnutrition.

Traitement de la malnutrition. Le traitement de la malnutrition a pour but non seulement de traiter la malnutrition des résident.e.s mais également ses causes sous-jacentes (23). Pour cela, des mesures peuvent être mises en place au niveau des établissements, des unités ou des résident.e.s et ces mesures se recoupent souvent avec les mesures de prévention et de surveillance de la malnutrition.

Au niveau des établissements et des unités. Le traitement de la malnutrition dépend de plusieurs facteurs (par ex., la disponibilité de directives standardisées et de conseils nutritionnels ou de personnel qualifié et régulièrement formé ; voir plus haut). Il est aussi important que, par exemple, les résident.e.s aient accès à des traitements dentaires et des thérapies, afin de traiter les causes de la malnutrition, ou qu'il y ait du personnel en nombre suffisant pendant les repas pour soutenir les résident.e.s qui ont en besoin.

La disponibilité du personnel soignant et d'accompagnement pendant les repas est évalué positivement par une grande partie du personnel : 8 personnes interrogées sur 10 (80.7%) disent avoir la possibilité de soutenir les résident.e.s selon leurs besoins pendant les repas. Cette proportion varie beaucoup entre les EMS (dispersion : entre 50 et 100%), ce qui souligne la variété des situations. D'autre part, 77.0% des responsables d'unité disent que des ressources suffisantes en personnel sont disponibles pendant les repas, ce qui est très similaire au chiffre de 81.0% rapporté par le personnel soignant et d'accompagnement. En outre, 9 soignant.e.s sur 10 (90.0%) disent être au courant des difficultés que peuvent avoir les résident.e.s lors des repas (par ex., déglutition), ce qui est confirmé par les responsables d'unité qui sont 92.4% à dire que l'aide au repas de la part de l'équipe soignante est adaptée aux capacités des résident.e.s.



Au niveau des résident.e.s. Plusieurs étapes sont à considérer pour un traitement optimal des résident.e.s en situation de malnutrition (23, 26, 27):

- **Étape 1 :** Évaluation et traitement des facteurs de risque et des causes individuelles, par ex., traitement des maladies sous-jacentes, clarification des troubles de la déglutition.
- **Étape 2 :** Conseils nutritionnels, accompagnement intensifié, aides ergothérapeutiques, amélioration de l'ambiance et de la présentation des repas, soutien et compagnie durant les repas, modification et individualisation de l'alimentation (par ex., boissons et aliments attrayants et adaptés aux personnes âgées et prenant en compte les préférences personnelles), mise à disposition de collations supplémentaires, etc.
- **Étape 3 :** Enrichissement des aliments (par des aliments riches ou des concentrés de nutriments), supplémentation ciblée des minéraux et nutriments manquants, etc.

Les résultats de l'étude SHURP 2018 sont présentés ci-dessous pour chacune de ces étapes.

Étape 1. Plus de la moitié des responsables d'unité (51.9%) disent que dans leur unité, le risque de malnutrition est évalué et que des mesures sont prises de manière systématique (F : 78.5% vs D : 46.5%). Près des trois quarts d'entre eux (73.3%) affirment que le thème de la malnutrition est discuté au sein d'une équipe interprofessionnelle et que des mesures sont initiées si nécessaire.

En ce qui concerne l'évaluation et le suivi de la malnutrition, 98.7% des responsables d'unité disent que les résident.e.s sont pesés et 98.2% indiquent observer les attitudes alimentaires des résident.e.s pendant les repas. 44.3% disent qu'un instrument est utilisé (par ex., MNA) et 37.3% des tests de laboratoire. On voit une différence entre l'évaluation des directeurs.trices, qui sont 62.7% à dire que de tels instruments existent, alors que seul 44.3% des responsables d'unité l'affirment. Cela peut refléter une différence dans l'utilisation réelle des instruments disponibles.

On note de fortes différences entre les régions linguistiques en ce qui concerne l'utilisation d'instruments (F : 68.5% vs D : 40.1%) et de tests de laboratoire (F : 55.6% vs D : 34.1%). Une partie des résultats est représentée dans la Figure 17.

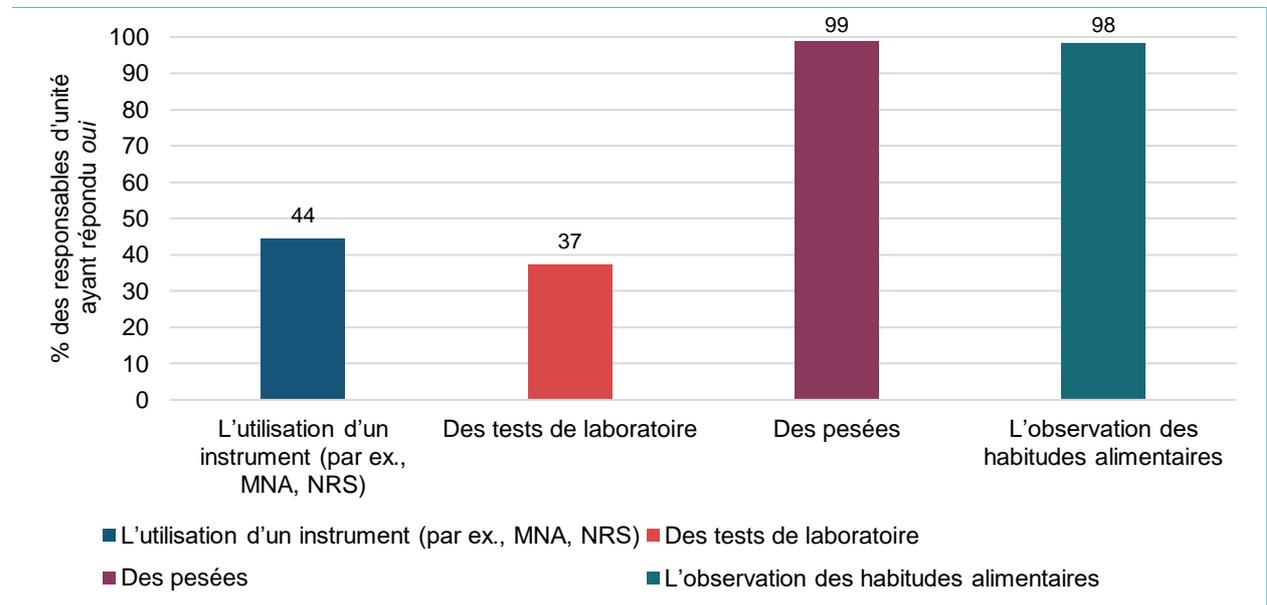


Figure 17 : Évaluation et suivi de la malnutrition.

Étape 2. Une atmosphère agréable et positive favorise la prise de nourriture. Sur ce sujet, le personnel soignant et d'accompagnement est 70.8% à décrire l'atmosphère durant les repas en commun dans leur unité comme étant *bonne* ou *très bonne* ; 24.8% la décrivent comme *acceptable* et seul 4.4% du personnel décrit l'atmosphère comme *mauvaise* ou *très mauvaise*. Il existe des évaluations très différentes entre les EMS : alors que dans plusieurs EMS, 100% du personnel trouve l'atmosphère *bonne* ou *très bonne*, cette évaluation diminue jusqu'à 22.2% d'approbation dans un EMS. Les responsables d'unité dressent un tableau positif de la situation, puisque 89.5% d'entre eux estiment que les repas pris en commun dans leur unité se déroulent dans une atmosphère agréable.

La présence des proches pendant les repas contribue à une bonne atmosphère. Ainsi, 85.4% des responsables d'unité disent que la possibilité est offerte aux proches de se joindre aux repas pris par le/la résident.e. Les EMS romands le permettent plus souvent (96.4%) que les EMS suisses allemands (83.5%), et les petits EMS plus souvent (94.9%) que les EMS de taille moyenne (89.0%) et que les grands EMS (79.8%). Ces résultats sont résumés dans le Tableau 21.

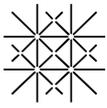


Responsables d'unité	Nombre valable n	Tous (n = 383)	Suisse alémanique (n = 328)	Suisse romande (n = 57)	Grands (≥ 100 lits) (n = 173)	Moyens (50-99 lits) (n = 172)	Petits (20-49 lits) (n = 40)
		%	%	%	%	%	%
L'unité offre la possibilité de prendre les repas avec les résident.e.s (<i>% oui</i>)	371	85.4	83.5	96.4	79.8	89.0	94.9
Dans notre unité, nous encourageons la présence des proches des résident.e.s pendant les repas (<i>% plutôt et fortement d'accord</i>)	383	33.2	27.8	64.3	21.5	41.0	50.0

Tableau 21 : Présence des proches lors des repas selon la région linguistique et la taille de l'EMS.

Malgré la possibilité pour les proches de se joindre aux résident.e.s lors des repas, les responsables d'unité ne sont que 33.2% à rapporter que les proches sont encouragés à venir passer du temps avec les résident.e.s au moment des repas. Une importante différence est visible entre la Suisse romande et la Suisse alémanique : près de deux tiers (64.3%) des responsables d'unité romands disent encourager la présence des proches, alors que ce n'est le cas que de 27.8% des responsables suisses allemands. Il apparaît également clairement que les petits EMS essaient davantage de faciliter les relations avec les proches. Finalement, 86.9% des responsables d'unité disent que les résident.e.s sont encouragés à prendre au moins un repas par jour en commun avec d'autres résident.e.s.

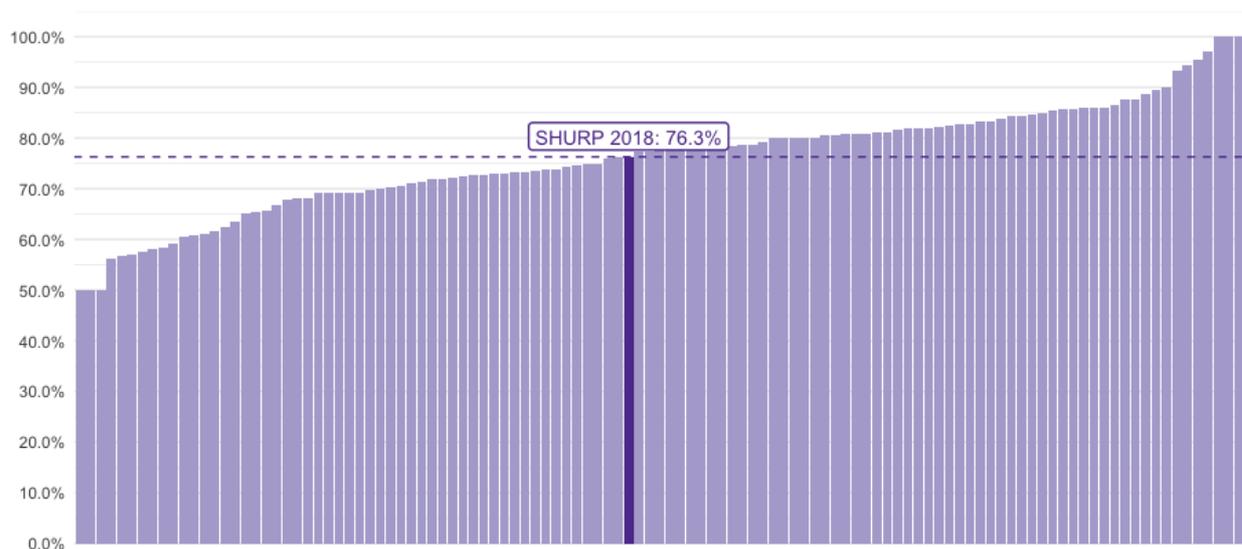
Les préférences des résident.e.s sont relativement bien prises en compte: près de 8 EMS sur 10 (78.8%) donnent la possibilité aux résident.e.s de participer à l'élaboration des menus proposés et 84.6% mettent à disposition une carte ou un menu à choix lors d'au moins un repas quotidien. De plus, les repas sont dans l'ensemble adaptés aux besoins des personnes âgées : 9 responsables d'unité sur 10 (91.4%) disent que des couverts adaptés sont disponibles pour les repas et plus de 7 responsables sur 10 (74.6%) disent que des repas sous forme de «manger-mains» (bouchées faciles à attraper) sont servis aux résident.e.s ne pouvant plus utiliser de couverts. En ce qui concerne la disponibilité de la nourriture hors des heures de repas, 77.5% du personnel dit que dans leurs unités, des en-cas sont proposés aux résident.e.s sans que les résident.e.s n'aient besoin de le demander.



Étape 3. Les responsables d'unité ont indiqué le pourcentage de résident.e.s dans leur unité recevant des compléments alimentaires ou de la nourriture enrichie. Les résultats varient selon les unités. Dans l'ensemble, 3.4% des responsables indiquent que 75-100% des résident.e.s dans leur unité reçoivent des compléments ou de la nourriture enrichie. La majorité des responsables d'unité (71.5%) indique que seul un petit nombre de résident.e.s (1-25%) reçoivent des compléments alimentaires ou de la nourriture enrichie, et selon 10.3% des responsables, aucun.e résident.e dans leur unité ne reçoit un tel apport. En outre, près de 9 responsables d'unité sur 10 (85.9%) disent que des boissons protéinées riches en calories sont disponibles pour les résident.e.s en cas de besoin.

Satisfaction vis-à-vis de la gestion de la malnutrition. Les résultats présentés dans cette sous-section sont également exposés au chapitre 3.2.2.

Les directeurs.trices étaient 67.3% à indiquer être *plutôt satisfaits* ou *très satisfaits* de la qualité des soins offerts dans le domaine de la malnutrition ; un taux inférieur d'environ 10% à celui du personnel soignant (76.3%) et de 15% à celui des responsables d'équipe (81.7%). Le taux de satisfaction du personnel soignant varie fortement en fonction des EMS (dispersion : 50%-100%) (voir Figure 18).



Remarque : Réponses plutôt satisfait ou très satisfait du personnel soignant et d'accompagnement. Chaque barre représente la valeur moyenne d'un EMS.

Figure 18 : Satisfaction concernant la gestion de la malnutrition.

3.2.5 Indicateurs de qualité – Douleur

Au niveau international, la prévalence des douleurs chroniques dans les soins stationnaires de longue durée varie entre 3.7% et 79.5% (28-33) selon l'instrument utilisé pour évaluer la douleur. En prenant en considération uniquement les études dans lesquelles les résident.e.s auto-évaluent leur douleur, la



prévalence se situe entre 60% et 70% (33). En comparaison, environ 60% des résident.e.s des EMS suisses déclarent souffrir de douleurs chroniques selon l'étude RESPONS (34). Dans cette étude, il faut noter qu'il était seulement possible de répondre *oui*, *parfois* ou *non* à la question concernant les douleurs, sans prendre en compte son intensité, et 60% des résident.e.s ont répondu *oui* ou *parfois*. Au contraire, l'indicateur de qualité national d'auto-évaluation de la douleur calcule ce pourcentage différemment et inclut les résident.e.s lorsqu'ils/elles ont au moins des douleurs modérées quotidiennes ou au moins des douleurs fortes non quotidiennes (voir Tableau 16). Ainsi, l'étude SHURP 2018 mesure que la prévalence des douleurs, sur la base de l'indicateur de qualité ajusté selon les risques, est de 15.2% pour l'auto-évaluation et de 10.9% pour l'évaluation par des tiers.

Les douleurs chroniques provoquent une interaction complexe et multidimensionnelle entre des facteurs physiques, cognitifs, émotionnels et sociaux, ainsi qu'entre le fonctionnement et l'état d'esprit. Des douleurs insuffisamment ou pas du tout traitées réduisent la mobilité et l'indépendance des résident.e.s, provoquent des troubles du sommeil, mènent à l'isolation sociale, sont liées à l'anxiété et à des sautes d'humeur, allant jusqu'à la dépression (31-33, 35-37), et réduisent la qualité de vie (28, 35, 38-40). Différentes études pointent cette expérience multidimensionnelle de la douleur, englobant les dimensions bio-psycho-sociales-spirituelles. Cette expérience est reflétée par le concept de «Total Pain» (41). Ce concept souligne clairement la nécessité d'une gestion multidisciplinaire de la douleur pour un traitement efficace (30, 33, 35, 36, 39, 42, 43).

Lignes directrices dans le domaine de la douleur. Au total, 81.4% des directeurs.trices d'EMS déclarent disposer d'instructions ou de lignes directrices sur le thème de la gestion des douleurs. Ce pourcentage est plus élevé en Suisse romande qu'en Suisse alémanique (F : 95.0% ; D : 78.6%) (voir Tableau 22). Un nombre bien moins important d'EMS (51.7%) disposent de consignes concernant les alternatives non-médicamenteuses pour la gestion de la douleur (F : 50.0% ; D : 52.0%). Seuls 74.2% des responsables d'unité des EMS, dont la direction a affirmé que ces instructions existent, disent que leur unité dispose de telles instructions. Parfois, tous les responsables d'unité s'accordent à dire que de telles instructions n'existent pas, bien que la direction affirme le contraire. Quelquefois, au sein d'un même établissement, certains responsables disent que ces lignes directrices existent alors que d'autres affirment le contraire. Cela montre la problématique liée à la conscience de l'existence de telles lignes directrices au sein même du personnel de l'EMS.

Contrôle de la qualité. En moyenne, les deux indicateurs de qualité liés au thème de la douleur sont contrôlés deux fois par année par les établissements, avec une dispersion allant de 0 à 24 fois par année ; tandis que 31 EMS (26.7%) ont déclaré que ces indicateurs de qualité ne sont jamais contrôlés (voir Tableau 22).

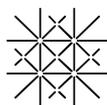


Accès à un spécialiste. Moins de la moitié des établissements (41.9%) ont un spécialiste du traitement de la douleur à disposition (infirmier.ère ou médecin) (voir Tableau 22). Étant donné que la douleur est l'un des symptômes principaux traités par les soins palliatifs, il a également été demandé aux établissements s'ils avaient accès à une équipe mobile de soins palliatifs. Sur cette question-là, on observe une différence importante entre les régions linguistiques : en Suisse romande, 100% des EMS y ont accès, alors que c'est le cas pour seulement 63.3% des EMS suisse allemands. L'accès à des spécialistes est donc un réel enjeu en Suisse alémanique.

Outils d'évaluation dans le domaine de la douleur. Il a été demandé quels étaient les outils utilisés pour évaluer la douleur des résident.e.s dans les EMS. Selon les directeur.trices et les responsables d'unité, environ trois quarts des établissements disposent à la fois d'instruments d'auto-évaluation et d'évaluation par des tiers de l'intensité de la douleur. Ces résultats doivent cependant être interprétés avec prudence puisque l'échelle verbale est incluse dans l'instrument d'évaluation des besoins en soins requis utilisé par tous les EMS (par ex., BESA, RAI-NH), et pourtant seuls 41.8% des directeur.trices ont répondu que leur EMS utilisait cette échelle (voir Tableau 22).

Il y a une nette différence entre les régions linguistiques : plus de 90% des EMS romands travaillent avec des instruments validés vs 70% des EMS suisse allemands. On constate aussi que les EMS romands déclarent plus fréquemment utiliser des instruments d'auto-évaluation et utilisent également d'avantage les instruments d'évaluation par des tiers ECPA (Échelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes) et Doloplus (ECPA : F : 95.0% ; D : 41.9% ; Doloplus : F : 80.0% ; D : 23.6%). L'utilisation du Pain Assessment in Advanced Dementia (PANAID) est par contre plus répandue en Suisse alémanique (PANAID : F : 15.8% ; D : 51.6%).

	Nombre valable n	Tous (n = 118)	Suisse alémanique (n = 98)	Suisse romande (n = 20)
	n	% Oui	% Oui	% Oui
Instructions				
Gestion de la douleur	118	81.4	78.6	95.0
Traitements non-médicamenteux de la douleur	118	51.7	52.0	50.0
Fréquence de contrôle de la qualité (médian/dispersion)	112	2 (0-24)	2 (0-24)	3.5 (0-24)



	Nombre valable n	Tous (n = 118)	Suisse alémanique (n = 98)	Suisse romande (n = 20)
	n	% Oui	% Oui	% Oui
Accès à des spécialistes du traitement de la douleur	117	41.9	41.2	45.0
Accès à une équipe mobile de soins palliatifs	118	69.5	63.3	100.0
Outils d'évaluation de la douleur disponibles	118			
Selon les directeurs.trices :				
Uniquement pour l'auto-évaluation		11.0	13.3	0.0
Uniquement pour l'évaluation par des tiers		8.5	9.2	5.0
Pour l'auto-évaluation et l'évaluation par des tiers		77.1	73.5	95.0
Aucun instrument disponible		3.4	4.1	0.0
Selon les directeurs.trices :	376			
Uniquement pour l'auto-évaluation		12.5	14.2	1.9
Uniquement pour l'évaluation par des tiers		9.6	10.2	5.7
Pour l'auto-évaluation et l'évaluation par des tiers		72.1	69.0	90.6
Aucun instrument disponible		5.9	6.5	1.9
Instruments spécifiques				
Échelle numérique	115	64.3	62.1	75.0
Échelle visuelle analogique	115	74.8	71.6	90.0
Échelle verbale	110	41.8	37.4	63.2
PANAID	112	45.5	51.6	15.8
ECPA	113	51.3	41.9	95.0
Doloplus	109	33.9	23.6	80.0

Tableau 22 : Conditions-cadres dans le domaine de la douleur selon la région linguistique.



Anamnèse de la douleur. Il a été demandé au personnel soignant (avec titre tertiaire et titulaire d'un CFC ou équivalent) quels étaient les éléments qui compliquaient le traitement de la douleur des résident.e.s dans leur unité. 39.3% ont déclaré que le manque de temps pour effectuer une anamnèse détaillée de la douleur était un *problème moyen* ou *majeur*, sans qu'il n'y ait de différence entre les régions linguistiques ou en fonction de la taille des établissements. 40.7% des personnes interrogées ont affirmé que l'incertitude ressentie par le personnel par rapport à l'évaluation des douleurs des résident.e.s ayant des difficultés de communication était un *problème moyen* ou *majeur* (voir Figure 19).

Traitement de la douleur. Presque tous les responsables d'unité (97.6%) disent que dans leur unité, la gestion des douleurs des résident.e.s est discutées de manière interprofessionnelle (par ex., lors de la visite médicale). A contrario, seuls 66.0% des responsables affirment que leur unité offre des alternatives non médicamenteuses au traitement de la douleur. La mesure non médicamenteuse la plus souvent nommée par les responsables d'unité est le recours à la physiothérapie (88.3%), qui est une prescription médicale du ressort des médecins dans les deux régions linguistiques, alors que d'autres offres non médicamenteuses peuvent être initiées par l'équipe soignante.

Les responsables d'unité romands ont moins souvent affirmé que leur unité offrait des mesures non médicamenteuses par rapport aux responsables suisses alémaniques, tant en ce qui concerne les animations (F : 68.4% ; D : 84.1%) l'enveloppement corporel chaud ou froid (F : 35.1% ; D : 86.0%) ou l'aromathérapie (F : 29.6% ; D : 56.1%). Par ailleurs, une part importante du personnel soignant (38.8%) affirme que le manque d'offres non médicamenteuses pour le traitement de la douleur est un problème. 42.5% citent leur manque d'utilisation comme une difficulté pour le traitement de la douleur, même si l'utilisation de ces offres relève de la compétence des infirmier.ère.s.

Des facteurs liés aux résident.e.s et au personnel ressortent également comme étant des éléments supplémentaires qui compliquent le traitement de la douleur : le traitement de la douleur est considéré comme difficile par le personnel soignant à cause de la réticence des résident.e.s à signaler des douleurs (49.8%), à prendre des analgésiques (39.3%) ou, de manière moindre, à cause de la peur d'effets secondaires liés aux analgésiques (23.4%). Le manque de transmission des informations au sein de l'équipe soignante (33.1%) et le manque de disponibilité ou la disponibilité tardive des médecins (par téléphone ou en personne) (37.5%) ont également été perçus comme des facteurs compliquant le traitement de la douleur (voir Figure 19).

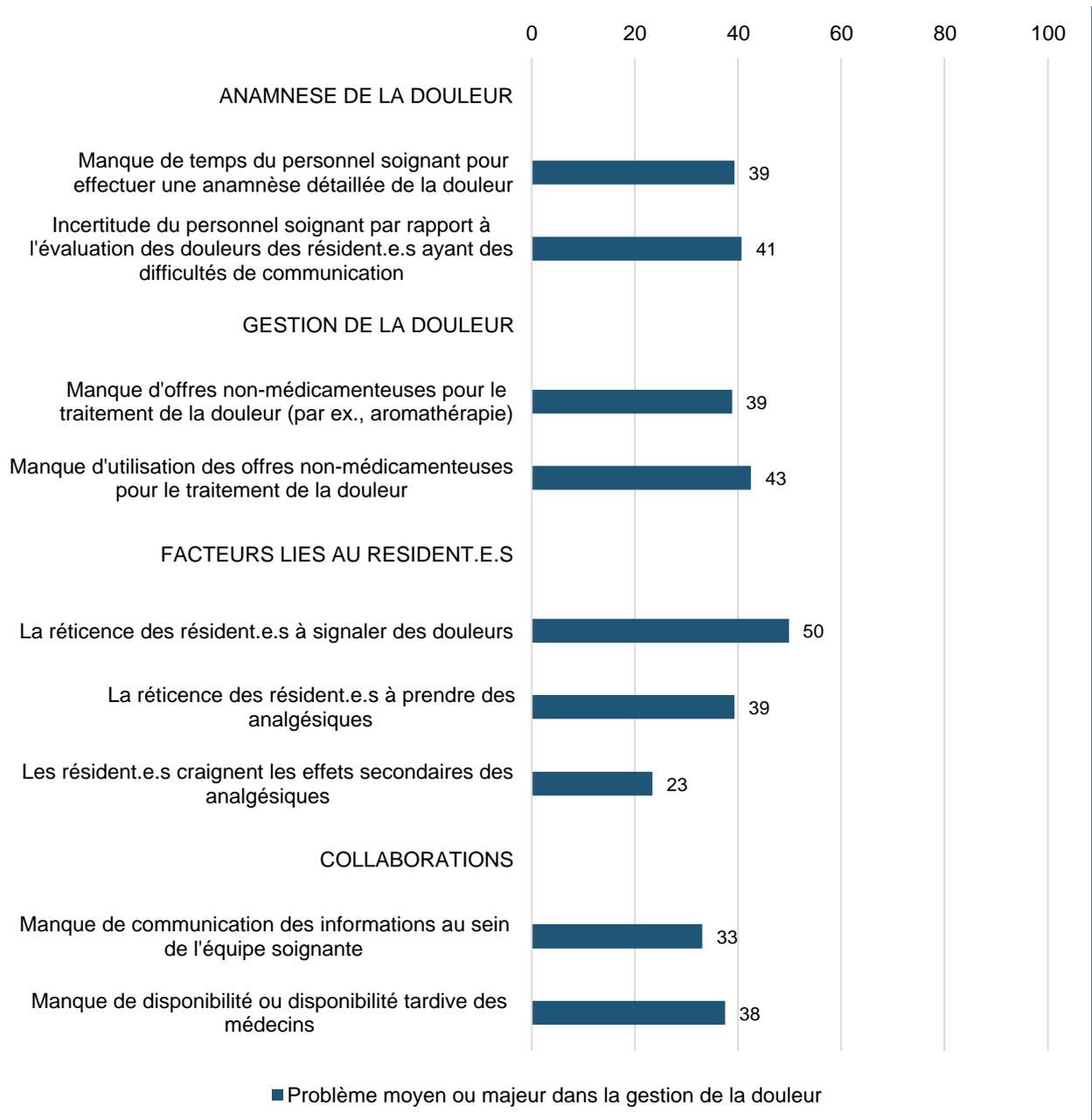
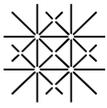
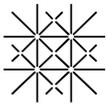


Figure 19 : Obstacles à la gestion de la douleur.

Potentiel d'amélioration. Les conditions-cadres nécessaires sont présentes dans la majorité des établissements pour développer et mettre en pratique une gestion multidimensionnelle de la douleur. Les points suivants offrent un potentiel d'amélioration supplémentaire dans la pratique :

- **Auto-évaluation et évaluation par des tiers de la douleur** (anamnèse de la douleur) : L'auto-évaluation et l'évaluation par des tiers (initiale et réévaluation) sont indispensables pour juger l'évolution de la douleur et vérifier l'efficacité des traitements médicamenteux et non médicamenteux

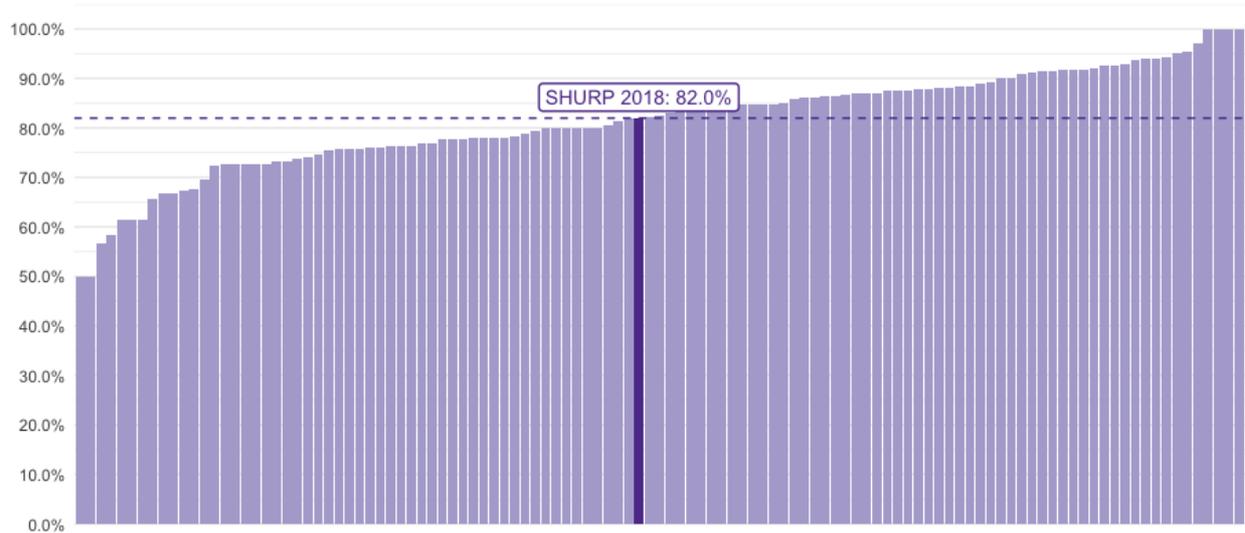


(29, 32, 38, 39). Les résident.e.s ayant une démence ne sont pas en mesure d'évaluer eux/elles-mêmes l'intensité de leur douleur et de la situer, il est donc nécessaire que le personnel puisse l'évaluer correctement. Le problème exprimé par le personnel soignant au sujet de l'évaluation de la douleur de résident.e.s avec des difficultés de communication est également connu à travers d'autres études. Outre l'incertitude, le manque de connaissances quant à l'utilisation des instruments d'évaluation de la douleur et le manque de temps au quotidien sont des obstacles à un bon traitement de la douleur (36, 37, 40, 44-46). Les lacunes en matière de connaissances et d'utilisation des instruments d'évaluation pourraient être comblées par des instructions/lignes directrices, des formations et des études de cas au sein de l'équipe interprofessionnelle (38-40, 44). Les activités, telles que l'utilisation d'instruments d'évaluation de la douleur par des tiers, que le personnel a l'habitude d'exercer régulièrement peuvent être plus facilement intégrées dans un quotidien chargé au bénéfice des résident.e.s.

- **Offres de mesures non médicamenteuses** : L'offre de mesures non médicamenteuses pourrait être améliorée dans la majorité des EMS. Les dimensions bio-psycho-sociales-spirituelles et l'approche multidimensionnelle devraient guider l'évaluation et le traitement des douleurs chroniques dans les EMS. Les mesures non médicamenteuses telles que l'aromathérapie, l'enveloppement corporel chaud ou froid et la physiothérapie soulagent efficacement la douleur et peuvent être utilisées en combinaison avec des analgésiques. Selon plusieurs recommandations internationales, une approche multimodale du traitement de la douleur chez les personnes âgées doit impérativement être privilégiée (47-50).
- **Soutien à la gestion de la douleur** : A l'aide d'instructions, de formations, d'études de cas et d'accompagnement pratique, le personnel soignant et d'accompagnement peut acquérir davantage de confiance dans l'anamnèse et le traitement de la douleur et améliorer le flux d'informations au sein de l'équipe. Brunkert et al. (45) affirment que l'attitude, le savoir-faire et la communication au sein de l'équipe soignante sont des prérequis importants pour une bonne gestion de la douleur. Il est important que les résident.e.s soient pris au sérieux quand ils s'expriment au sujet de leurs douleurs ou de leurs souhaits concernant le traitement de cette douleur. Brunkert und Zúñiga (51) ont en outre montré qu'avoir recours à des expert.e.s de la douleur peut améliorer l'anamnèse et le traitement de la douleur. De plus, les infirmier.ère.s apprécient leur présence et leur soutien dans la pratique clinique (51). Il y a plusieurs façons de mettre cela en place dans les EMS. Par exemple, les infirmier.ère.s expert.e.s responsables de l'ensemble de l'établissement pourraient former et accompagner dans les différentes unités les membres du personnel afin qu'ils deviennent des personnes de référence pour la gestion de la douleur. Une autre possibilité serait de former un.e infirmier.ère en tant qu'expert.e de la douleur afin de soutenir les bonnes pratiques au sein de l'établissement.

Satisfaction vis-à-vis de la gestion de la douleur. Les résultats présentés dans cette sous-section sont également exposés au chapitre 3.2.2.

Au total, 82.0% du personnel soignant et d'accompagnement se déclarent *plutôt satisfaits* ou *très satisfaits* de l'identification et du traitement de la douleur dans leur unité. Là aussi, on observe de grandes différences entre les établissements, avec 50% à 100% du personnel satisfait selon les EMS (voir Figure 20). La proportion de responsables d'unité (82.5%) et de directeurs.trices (76.6%) satisfaits est similaire à celle du personnel.



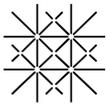
Remarque : Réponses *plutôt satisfait* ou *très satisfait* du personnel soignant et d'accompagnement. Chaque barre représente la valeur moyenne d'un EMS.

Figure 20 : Satisfaction concernant la gestion de la douleur.

3.2.6 Indicateurs de qualité – Polymédication

La polymédication est définie comme le fait de prendre plusieurs médicaments et elle est répandue chez les résident.e.s des EMS: les résident.e.s sont âgés et multimorbides et reçoivent ainsi souvent plusieurs médicaments pour différentes maladies. La polymédication peut avoir des effets négatifs sur les résident.e.s, comme par exemple des effets secondaires pénibles, des interactions entre médicaments, des risques de chutes et d'hospitalisation augmentés, de l'agitation, des difficultés à avaler et un risque de morbidité plus élevé (52-56). Bien qu'un nombre moins élevé de médicaments ne soit pas nécessairement signe d'une meilleure prise en charge médicamenteuse (57), il semble que pour une proportion importante de résident.e.s, l'arrêt ciblé de certains médicaments peut avoir des effets positifs.

Pour les EMS suisses, l'indicateur de qualité de polymédication est défini comme le pourcentage de résident.e.s ayant pris neuf substances actives ou plus au cours des derniers sept jours (voir le chapitre



3.2.2 «Vue d'ensemble des indicateurs de qualité nationaux» pour plus d'informations). Dans notre échantillon (n = 86 EMS), le pourcentage de résident.e.s avec polymédication s'élève à 44.3% (avec une dispersion entre 21.9% et 69.0% selon les EMS). Il est difficile de comparer ce pourcentage avec d'autres pays car la polymédication est souvent mesurée de manière différente. Des questions sur les processus, les structures et les opinions au sujet de la polymédication et de la gestion des médicaments des résident.e.s. ont été incluses dans les questionnaires.

Structures et processus en place. Plusieurs questions concernaient la collaboration entre l'EMS, les pharmacies et les médecins, et portaient aussi sur un certain nombre de structures et processus en lien avec la médication des résident.e.s (par ex., instructions, revues de la médication). Environ 9 directeurs.trices sur 10 ont indiqué que leur établissement possède des lignes directrices concernant le processus de médication (91.5%), avec une différence marquée entre la Suisse romande (70.0%) et la Suisse allemande (95.9%), ainsi que des directives sur les revues de médication (88.1%). Les directeurs.trices indiquent également que la polymédication est contrôlée en moyenne 2.4 fois par année. 72.9% des EMS travaillent principalement avec des pharmacies d'officine (pharmacies externes, de «ville»). Seuls quelques EMS (11.9%) ont une pharmacie interne à l'établissement ou travaillent directement avec les médecins traitants (8.5%), et deux établissements travaillent avec une pharmacie en ligne. Ces résultats sont représentés dans la Figure 21.

En moyenne, les établissements travaillaient au moment de l'enquête avec 1.4 pharmacie. Près de 70% des EMS indiquent avoir l'obligation légale de travailler avec un.e pharmacien.ne : cette proportion est plus élevée en Suisse romande (89.5%) qu'en Suisse alémanique (65.3%). Même si les EMS n'ont pas toujours cette obligation, près de 9 directeurs.trices d'EMS sur 10 (87.1%) indiquent que leur établissement travaille avec un.e pharmacien.ne conseil. Ici, la proportion augmente avec la taille de l'EMS.

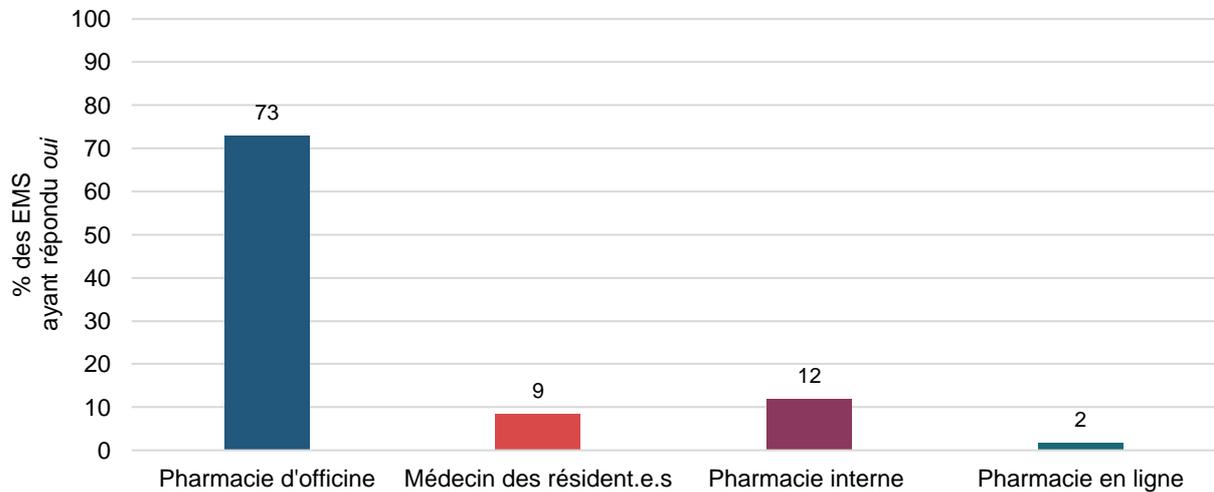


Figure 21 : Système d'approvisionnement principal des médicaments.

D'après les directeur.trice.s, la tâche principale des pharmacienn.e.s est logistique (84.7%), ce qui reflète le rôle traditionnel des pharmacienn.e.s (58). En Suisse romande, 70.0% des EMS indiquent que le/la pharmacienn.e a un rôle clinique, alors que ce taux n'est que de 48.0% en Suisse alémanique. Le rôle éducatif est aussi un peu plus important en Suisse romande (F : 55.0% vs D : 40.8%), et c'est aussi le cas dans les EMS privés (50.0% vs 35.2% des EMS publics). Des différences apparaissent aussi suivant la taille des établissements, comme montré dans le Tableau 23 :

Tâches principales	Tous	Grands	Moyens	Petits
	(n = 118)	(≥ 100 lits) (n = 35)	(50-99 lits) (n = 56)	(20-49 lits) (n = 27)
	% Oui	% Oui	% Oui	% Oui
Logistique	84.7	94.3	82.1	77.8
Clinique	51.7	62.9	50.0	40.7
Éducation	43.2	37.1	46.4	44.4

Tableau 23 : Tâches du/de la pharmacienn.e selon la taille de l'EMS.

Nous avons également demandé aux directeur.trices comment les principes actifs des médicaments étaient comptés au sein de l'EMS pour le calcul des indicateurs de qualité. Il en ressort que plusieurs méthodes de calcul sont utilisées, et dans l'ordre, principalement le calcul automatique par le système



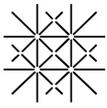
électronique à l'aide de hospIndex/careIndex (27.4%), le calcul à la main avec le compendium.ch (23.2%) et le calcul par le système électronique une fois le nom du médicament entré (14.7%).

La majorité (76.3%) des directeurs.trices indique que leur EMS n'impose pas d'exigences aux médecins par rapport aux choix des médicaments pour les résident.e.s (par ex., au travers d'une liste de médicaments utilisés par l'EMS) ; cependant, 22.9% émettent des recommandations. Le reste des EMS imposent des exigences aux médecins avec lesquels ils travaillent. La Suisse romande impose moins (F : 15.0% vs D : 25.5%), mais elle fait plus de recommandations (F : 40% vs D : 19.4%). Seuls 15 EMS (12.7%) travaillent avec une liste de médicaments qui ne sont pas adaptés aux personnes âgées (par ex., listes PRISCUS ou Beers). La majorité des établissements dispose d'une solution électronique pour vérifier d'éventuelles interactions entre médicaments, ce qui contribue à réduire de potentiels effets négatifs sur les résident.e.s. En outre, au niveau des unités, moins de la moitié (48.3%) des responsables disent qu'il existe des processus pour contrôler et ajuster le nombre de médicaments donnés aux résident.e.s.

Revue de la médication. Une revue de la médication est une analyse globale et structurée de l'ensemble du dossier pharmaceutique du/de la résident.e (59) qui permet d'optimiser sa thérapie médicamenteuse (par ex., en remplaçant des médicaments non recommandés pour les personnes âgées, en identifiant de possibles interactions négatives). Elle permet aussi de réduire la polymédication (54, 60). Les directeurs.trices sont 66.1% à indiquer que leur EMS conduit une revue de la médication régulièrement, en moyenne 2.2 fois par année et par résident.e.

Nous avons demandé aux directeurs.trices quels membres du personnel participaient ou initiaient/menaient la revue de la médication dans l'établissement. Les directeurs.trices ont majoritairement répondu (58.7%) qu'un gériatre (ou un.e autre spécialiste) initie ou mène la revue de la médication, suivi par un.e infirmier.ère spécialisé.e ou expert.e (52.0%) et par un.e pharmacien.ne (44.2%). Le/la médecin ou les infirmier.ère.s initient ou mènent rarement la revue, mais ils y participent souvent (médecins: initiation: 7.8%, participation: 62.3% et infirmier.ère.s: initiation: 3.9%, participation: 42.1%). Sur la base de la littérature, la configuration idéale pour mener une revue de la médication qui réduit la polymédication et améliore la prise en charge des résident.e.s n'est pas claire (54). Il est cependant certain qu'une bonne collaboration interprofessionnelle, qui inclut un.e pharmacien.ne, est importante (52).

Nous avons aussi demandé aux responsables d'unité dans quelles circonstances la revue de la médication était initiée. Pour l'extrême majorité, la revue de médication a lieu dans un contexte réactif, «ad hoc», c'est-à-dire lorsqu'un problème survient, et non préventif ou de manière continue pour éviter l'apparition d'un éventuel problème (par ex., lors de l'évaluation gériatrique standardisée). Cependant, le fait que la revue de médication ait lieu lors de l'évaluation des besoins en soins requis dans 41.3% des unités implique que la revue de médication est faite relativement régulièrement. Les résultats sont résumés dans le Tableau 24.



	Tous (n = 385)	% Oui
Uniquement lorsqu'un évènement spécial a lieu (par ex., dégradation de l'état de santé, apparition d'effets secondaires)		76.1
Lors des évaluations des besoins en soins (par ex., avec RAI, Plaisir)		41.3
Lors d'une évaluation gériatrique standardisée		12.7
Lors des visites médicales régulières		91.4

Tableau 24 : Contexte de la revue de la médication selon les responsables d'unité.

Entrées en EMS et médication. Le moment de l'entrée d'un.e résident.e en EMS est un moment clé pour la mise en place d'une médication adéquate (61). Les transferts sont souvent associés à des pertes d'informations ou à des erreurs de transmission. Au total, les responsables d'unité sont 75.6% à dire être satisfaits de la façon dont la médication individuelle des résident.e.s est contrôlée au moment de l'admission. Le niveau de satisfaction est similaire concernant la manière dont la médication des résident.e.s est contrôlée durant son séjour en EMS (80.0%), et lorsqu'un.e résident.e rentre de l'hôpital (76.6%).

Il est également important que les documents relatifs à la situation actuelle du/de la résident.e soient disponibles au moment de l'entrée du/de la résident.e en EMS. Nous avons demandé aux responsables d'unité à quelle fréquence (*rarement/jamais, parfois, fréquemment* ou *toujours*) les documents présentés dans le Tableau 25 étaient disponibles le jour de l'entrée des résident.e.s en EMS, afin de pouvoir débiter leur médication. Les résultats sont présentés pour les options de réponse *fréquemment* et *toujours* prises ensemble.

De quels documents disposez-vous lors de l'entrée de nouveaux résident.e.s ?	Nombre valable n	%¹
Dossier de soins infirmiers/la feuille de transfert	383	90.1
Prescriptions	382	86.9
Ordonnance	383	79.9
Liste personnelle des médicaments du/de la résident.e	382	77.2
Liste des médicaments de la pharmacie	374	38.8

¹Pourcentage des réponses *souvent* et *toujours*.

Tableau 25 : Fréquence de la disponibilité de documents dans l'unité le jour de l'entrée en EMS.



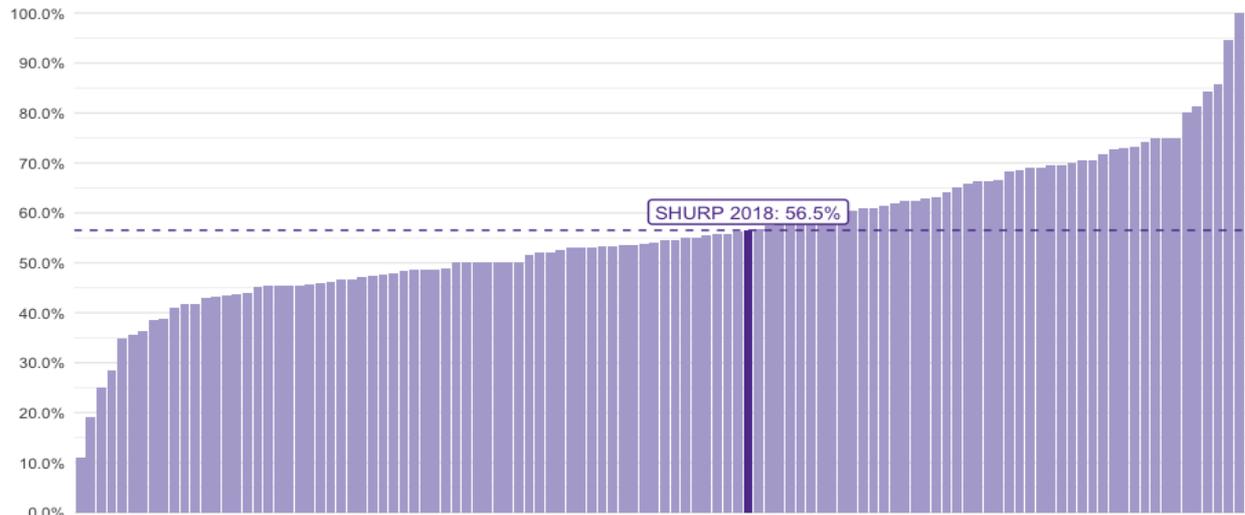
Deux questions additionnelles au sujet de l'entrée d'un.e nouveau/nouvelle résident.e en EMS ont été posées. La première portait sur la personne rapportant habituellement les médicaments dans le dossier du/de la résident.e : dans la majorité des cas (78.7%), il s'agit du personnel soignant, parfois c'est le/la médecin (11.9%). Dans les grands EMS, le/la médecin rapporte plus souvent (21.4%) les médicaments dans le dossier du/de la résident.e que dans les EMS de taille moyenne (4.7%) ou de petite taille (2.5%). Dans le cas où la médication est rapportée par un.e infirmier.ère, nous voulions savoir à quelle fréquence la liste des médicaments était ensuite validée par un.e médecin dans la semaine suivant l'entrée du/de la résident.e en EMS : c'est le cas *souvent* selon 28.5% des responsables, et *toujours* selon 43.3% d'entre eux. Près de 1 responsable sur 10 (9.0%) dit que cela n'arrive *jamais* dans son unité.

La polymédication selon le point de vue du personnel. Nous avons demandé aux infirmier.ère.s et au personnel de niveau secondaire II avec CFC (par ex., les assistant.e.s en soins et santé communautaire, ASSC) leur degré d'approbation par rapport à une série d'énoncés en lien avec la polymédication. 29.9% de ces professionnels sont en accord avec le fait que les résident.e.s de leurs EMS reçoivent plus de médicaments que nécessaire ; l'évaluation est similaire chez les responsables d'unité (27.8%). Seuls 57.1% des infirmier.ère.s et du personnel soignant avec CFC disent que dans leur unité, une attention est prêtée au nombre de médicaments donnés aux résident.e.s.

Au sujet de la collaboration interprofessionnelle, 77.0% disent discuter avec le/la médecin ou le/la pharmacien.ne s'ils pensent qu'un.e résident.e reçoit trop de médicaments. Cependant, une proportion bien inférieure (59.7%) des personnes interrogées pensent que les suggestions des membres de l'équipe soignante sont suffisamment prises en compte par les médecins. Ainsi, bien que plus de la moitié des infirmier.ère.s et ASSC dit être à l'aise à l'idée d'aborder les problèmes de médication avec le/la médecin, la collaboration interprofessionnelle reste compliquée pour un nombre important de personnes interrogées. On peut voir une large dispersion dans les réponses données à ces différentes questions selon les EMS (de 0% à 100%), ce qui suggère que la qualité de la gestion de la médication est, du point de vue du personnel, très différente selon les établissements.

Satisfaction vis-à-vis de la gestion de la polymédication. Les résultats présentés dans cette sous-section sont également exposés au chapitre 3.2.2.

Nous avons interrogé les participant.e.s à l'enquête quant à leur niveau de satisfaction au sujet de la gestion de la polymédication dans leur unité. Seule la moitié (49.2%) des directeurs.trices d'EMS se disent *plutôt* ou *très satisfaits*, alors que les responsables d'unité sont 57.2% et le personnel soignant 56.5% à se dire *plutôt* ou *très satisfaits*. Dans ce domaine, d'importantes différences entre EMS existent concernant la satisfaction du personnel, allant de 11.1% de satisfaction à 100% de satisfaction selon les EMS (voir Figure 22). La polymédication est le domaine couvert par les indicateurs de qualité qui est évalué le plus bas (voir le chapitre 3.2.2 «Vue d'ensemble des indicateurs de qualité nationaux»).



Remarque : Réponses plutôt satisfait ou très satisfait du personnel soignant et d'accompagnement. Chaque barre représente la valeur moyenne d'un EMS.

Figure 22 : Satisfaction concernant la gestion de la polymédication.

3.2.7 Hospitalisations

Au niveau international, la prévalence des transferts à l'hôpital depuis les soins stationnaires de longue durée varie entre 7% et 46% des résident.e.s, suivant le type d'étude et les différentes périodes de suivi (62). Les hospitalisations non planifiées entraînent non seulement des conséquences lourdes pour les résident.e.s, mais également des coûts élevés (63-67). Plusieurs études internationales estiment qu'un grand nombre d'hospitalisations pourraient être évitées (66-73) si des modèles de soins appropriés étaient mis en place dans les EMS (67, 72-77).

Les hospitalisations peuvent avoir divers effets négatifs sur les résident.e.s en question : les chutes, les escarres, l'état confusionnel aigu, l'anxiété et la dépression en sont des exemples. Une hospitalisation entraîne généralement une dégradation des capacités cognitives et fonctionnelles du/de la résident.e ; les complications d'origine iatrogène et les infections nosocomiales sont également courantes (62, 63, 65, 73, 76). A cause de leur état de santé fragile, les résident.e.s ne se remettent que lentement ou pas du tout de ces effets, lors de leur retour en EMS.

Les coûts de séjours hospitaliers dans les hôpitaux suisses pour des diagnostics qui auraient pu être traités en ambulatoire ont été estimés entre 89 et 105 millions de francs suisses pour 2013 (66). De plus, un transfert à l'hôpital engendre une perte de revenu journalier pour les EMS, puisque les prestations soumises à la LAMal ne peuvent pas être facturées pendant l'absence du/de la résident.e. C'est pourquoi il est dans l'intérêt non seulement des résident.e.s, mais aussi des établissements, de ne procéder qu'aux admissions



inévitables, sans pour autant priver les résident.e.s d'une admission à l'hôpital lorsque celle-ci est nécessaire ou souhaitée.

Toutes les admissions à l'hôpital ne sont pas évitables. Les admissions sont considérées comme évitables lorsque les résident.e.s sont transférés pour des situations ou des symptômes qui auraient pu être gérés avec des soins médicaux ambulatoires ou par les infirmier.ère.s sur place ; ou si ces symptômes ou cette situation auraient pu être évités en premier lieu grâce à une gestion correcte des maladies chroniques. Dans le cadre de l'étude SHURP 2018, il n'a pas été possible de mesurer directement les hospitalisations évitables. Nous rapportons le nombre général d'hospitalisations, ainsi que diverses conditions-cadres et évaluations du personnel concernant des facteurs liés aux hospitalisations évitables.

Nombre d'hospitalisations. Selon les données fournies par les EMS, en moyenne 1.34 hospitalisation a été comptabilisée pour 1'000 jours de résidence, lors des 12 derniers mois, avec une dispersion de 0.23 à 13.91 hospitalisations/1'000 jours de résidence. Dans une autre étude suisse réalisée dans 19 EMS, le taux moyen s'élève à 1.65/1'000 jours de résidence (68). Au niveau international, ce taux varie entre 0.67 et 1.62/1'000 jours de résidence (70, 71, 76, 78).

Contrôle de qualité. Dans l'échantillon de SHURP 2018, 71.1% des EMS déclarent ne jamais contrôler le nombre d'hospitalisations non planifiées ou ne jamais mettre en place des mesures correspondantes. Pour les autres EMS, les contrôles varient de 1 à 14 fois par année.

Gestions des changements de l'état de santé et critères de décision. Les responsables d'unité évaluent les compétences du personnel soignant de leur unité comme bonnes (voir Figure 23) : 94.8% déclarent que les problèmes médicaux des résident.e.s sont identifiés au bon moment, 88.3% estiment que le personnel soignant peut faire la distinction entre les problèmes urgents et non urgents, et 93.0% affirment que le personnel est en mesure de fournir aux médecins des renseignements clairs, exacts et appropriés lorsque l'état des résident.e.s se détériore.

En ce qui concerne le traitement des résident.e.s, 87.7% des responsables d'unité disent que les médecins responsables suivent les résident.e.s le plus longtemps possible et que l'hospitalisation n'est que le dernier recours. Près des trois quarts (72.4%) affirment que des examens approfondis sont effectués dans leur établissement lorsqu'un/une résident.e est malade. En outre, un peu plus de la moitié des responsables (31.0%) affirment que les membres de la famille des résident.e.s préfèrent généralement que les situations aiguës soient traitées à l'hôpital. Cela est également cité dans la littérature comme une des raisons menant à des hospitalisations évitables : le manque de confiance des proches dans les possibilités et les capacités de l'EMS favorise des transferts à l'hôpital (79). Selon 98.2% des responsables d'unité, les souhaits des résident.e.s en matière d'hospitalisation sont pris en compte.

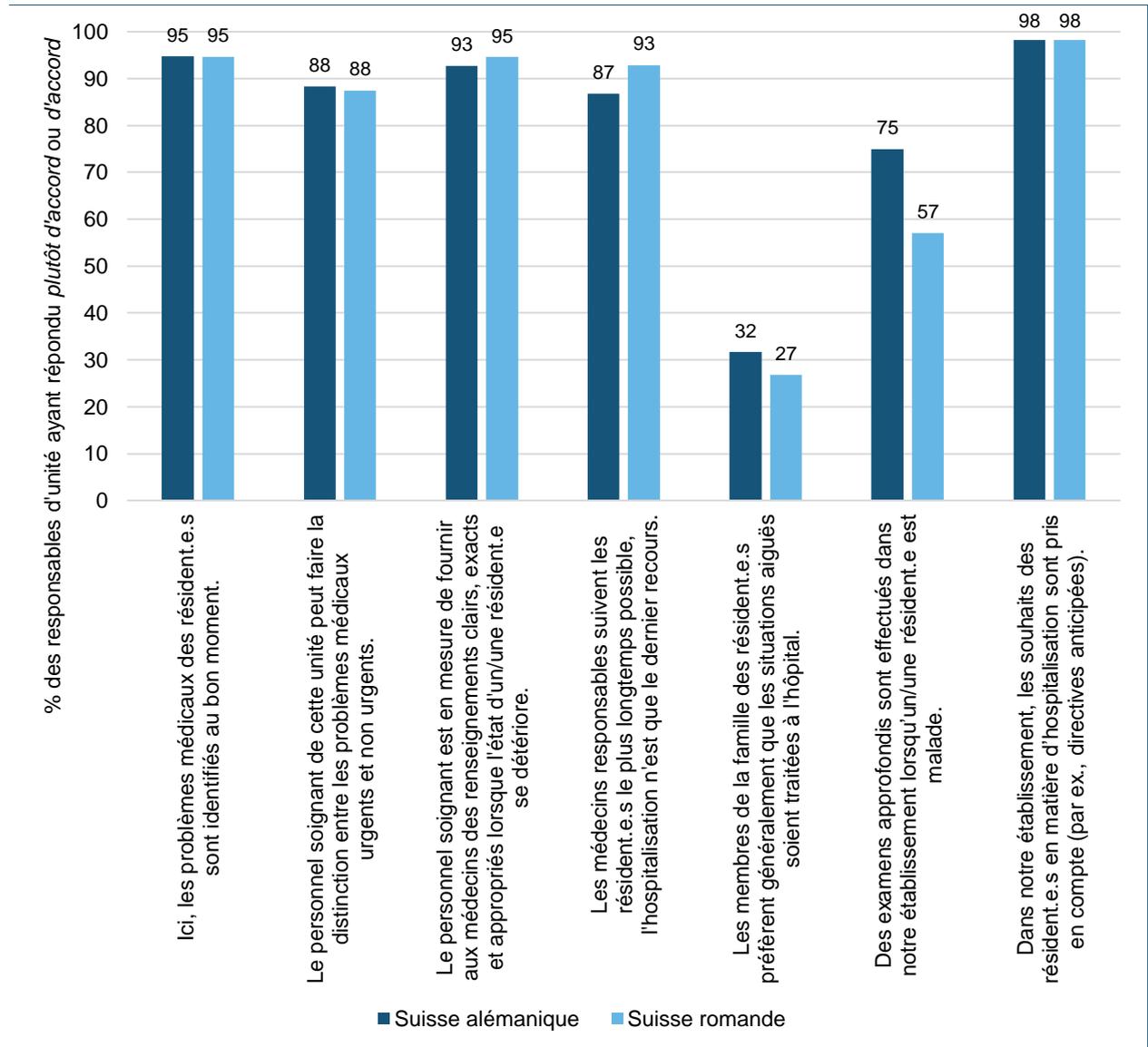


Figure 23 : Gestion des hospitalisations dans l'unité selon la région linguistique.

Facteurs pouvant potentiellement réduire les hospitalisations. Les responsables d'unité ont été interrogés sur leur évaluation de différents facteurs qui influencent les hospitalisations. Comme cela est montré dans le Tableau 26, les données montrent qu'il existe une différence importante entre l'évaluation faite en Suisse romande et celle faite en Suisse alémanique : les responsables d'unité romands sont nettement plus nombreux à voir dans les facteurs énumérés le potentiel pour réduire le nombre d'hospitalisations.

- **Collaboration avec les médecins et suivi médical :** Le premier facteur, parmi ceux énumérés, qui pourrait mener à une réduction des hospitalisations selon les responsables d'unité serait que

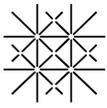


les médecins qui couvrent les nuits et les week-ends soient mieux informés de la situation des résident.e.s (approbation : 44.7%). Souvent, en dehors des heures de travail habituelles, les personnes de contact sont des médecins urgentistes qui ne connaissent pas les résident.e.s et qui se décident plus rapidement en faveur d'une hospitalisation. De même, 34.7% des responsables ont affirmé que si les médecins étaient joignables plus rapidement, leur unité transférerait moins de résident.e.s à l'hôpital. Un cinquième des responsables (20.7%) affirment qu'il serait utile que les médecins aient un meilleur accès aux antécédents médicaux, aux résultats de laboratoire ou aux ECG des résident.e.s et 16.8% déclarent qu'il faudrait que les résultats de laboratoire soient plus facilement disponibles dans l'EMS. Uniquement 13.6% ont l'impression que si les médecins étaient en mesure de facturer aux résident.e.s une visite sur place, cela diminuerait le nombre d'hospitalisations.

- **Personnel soignant et d'accompagnement** : Environ un quart des responsables d'unité disent qu'il serait possible d'éviter certaines hospitalisations s'il y avait une meilleure dotation en personnel qualifié la nuit et le week-end (27.0%), si le personnel soignant et d'accompagnement était mieux formé pour s'occuper des résident.e.s en fin de vie (26.4%) et si les changements de l'état de santé des résident.e.s étaient mieux anticipés (25.4%). Seulement un cinquième environ (26.7%) des personnes interrogées disent que l'amélioration de la communication entre le personnel soignant et les médecins pourrait contribuer à la diminution des transferts potentiellement évitables à l'hôpital.
- **Résident.e.s et proches** : En ce qui concerne les proches des résident.e.s, 34.6% des responsables d'unité disent que moins de résident.e.s seraient admis à l'hôpital si les proches étaient moins anxieux. Cela est lié au 27.1% de responsables qui affirment qu'il serait utile que les résident.e.s et leurs proches reçoivent plus d'informations et de soutien au sujet de l'accompagnement et des soins en fin de vie. Grâce à davantage d'informations et à une planification anticipée du projet thérapeutique (Advance Care Planning, ACP), les craintes pourraient aussi être mieux anticipées et discutées.



<i>Nous admettrions moins de résident.e.s à l'hôpital si...</i>	<i>Nombre valable n</i>	<i>Tous (n = 385)</i>	<i>Suisse alémanique (n = 328)</i>	<i>Suisse romande (n = 57)</i>
	n	% approbation¹	% approbation¹	% approbation¹
...les médecins qui couvrent les nuits et les week-ends étaient mieux informés de la situation des résident.e.s.	381	44.7	42.3	58.2
...nos médecins étaient joignables plus rapidement.	381	34.7	33.6	40.7
...les médecins avaient un meilleur accès aux antécédents médicaux, aux résultats de laboratoire ou aux ECG des résident.e.s.	382	20.7	20.0	30.9
...les résultats de laboratoire étaient plus facilement disponibles dans l'établissement.	382	16.8	16.5	18.2
...les médecins étaient mieux en mesure de facturer aux résident.e.s une visite sur place.	381	13.6	13.8	12.7
...nous avons une meilleure dotation en personnel qualifié les nuits et les week-ends.	382	27.0	24.8	40.0
...le personnel soignant et le personnel d'accompagnement étaient mieux formés pour s'occuper des résident.e.s en fin de vie.	382	26.4	25.7	30.9
...les changements de l'état de santé des résident.e.s étaient mieux anticipés (planification anticipée du projet thérapeutique).	382	25.4	22.6	41.9



<i>Nous admettrions moins de résident.e.s à l'hôpital si...</i>	<i>Nombre valable n</i>	<i>Tous (n = 385)</i>	<i>Suisse alémanique (n = 328)</i>	<i>Suisse romande (n = 57)</i>
	n	% approbation¹	% approbation¹	% approbation¹
...il y avait une meilleure communication entre les infirmier.ère.s et les médecins.	382	26.7	25.1	36.4
...les proches étaient moins anxieux.	382	34.6	32.7	45.4
...les résident.e.s et leurs proches recevaient plus d'informations et de soutien au sujet de l'accompagnement et des soins en fin de vie.	383	27.1	24.7	42.8

¹ Pourcentage des réponses *plutôt d'accord* et *d'accord*.

Tableau 26 : Facteurs influençant les hospitalisations selon les responsables d'unités et la région linguistique.

Clarifications lors de l'entrée des résident.e.s en EMS. Les responsables d'unité ont estimé à quelle fréquence divers éléments étaient clarifiés lors de l'entrée d'un/une résident.e en EMS, que ce soit avec les résident.e.s eux/elles-mêmes ou avec leurs proches. Cela inclut la clarification de l'existence ou de la volonté de créer des directives anticipées et un mandat pour cause d'inaptitude, ainsi que le traitement de diverses questions liées à la planification anticipée du projet thérapeutique. L'existence de directives anticipées est *toujours* clarifiée lors de l'entrée d'un/une résident.e selon 71.5% des responsables, contrairement au mandat pour inaptitude *toujours* clarifié selon seulement 44.3% des responsables d'unité. En ce qui concerne la clarification des volontés des résident.e.s, la volonté d'être réanimé et la volonté liée à une possible hospitalisation sont *toujours* clarifiée selon respectivement 69.8% et 57.4% des responsables. Plus de la moitié des responsables d'unité (51.9%) déclarent que la volonté d'établir des directives anticipées est *toujours* vérifiée, 39.5% l'affirment concernant les traitements antibiotiques, 27.5% concernant l'établissement d'un mandat pour cause d'inaptitude et 27.7% pour la sédation pour les résident.e.s à un stade avancé de la maladie et ayant une durée de vie limitée. La gestion de cette thématique a besoin d'être encore largement améliorée, afin que tous les résident.e.s et/ou leurs proches aient la possibilité d'exprimer leurs volontés concernant le traitement et les soins au moment de l'entrée en EMS.



Recours aux infirmier.ère.s expert.e.s. Il a été demandé aux infirmier.ère.s expert.e.s à quelle fréquence ils/elles soutiennent le personnel soignant et d'accompagnement lors d'hospitalisations, qu'elles soient planifiées ou non. Les infirmier.ère.s expert.e.s sont moins souvent incluses dans les situations d'hospitalisations planifiées que dans les cas d'hospitalisations non planifiées : alors que 37.5% des infirmier.ère.s expert.e.s n'apportent *jamais* leur soutien au personnel lors d'hospitalisations planifiées, ce n'est le cas que de 26.2% d'entre eux/elles lors d'hospitalisations non planifiées. 57.7% des infirmier.ère.s expert.e.s déclarent apporter leur soutien tous les un à trois mois pour une hospitalisation planifiée. 64.1% apportent leur soutien au personnel tous les un à trois mois concernant des hospitalisations non planifiées, 9.8% encore plus souvent.

Potentiel d'amélioration. Les résultats obtenus permettent de mettre en avant différentes possibilités pour réduire le nombre d'hospitalisations évitables.

- **Réfléchir et analyser** : Compte tenu du fait que les hospitalisations peuvent avoir des répercussions négatives sur les résident.e.s et sont associées non seulement à des coûts hospitaliers élevés, mais aussi à une perte de revenus pour les EMS, les hospitalisations non planifiées doivent être analysées dans chaque établissement et des mesures pour optimiser la prise de décision doivent être prises. Compte tenu du petit nombre d'EMS qui contrôlent le nombre de résident.e.s qu'ils transfèrent à l'hôpital, il existe des possibilités d'actions simples et directes pour améliorer la situation, sur la base de la surveillance et d'études de cas.
- **Reconnaitre et agir** : L'évaluation par les responsables d'unité du niveau de compétence, élevé, du personnel soignant et d'accompagnement dans la reconnaissance, la prise en charge et la gestion des situations d'urgence ainsi que sur le bon flux d'informations avec les médecins contraste avec ce qui apparaît dans la littérature scientifique. D'autres études, qui incluent également le point de vue des médecins, dessinent un tableau plus critique (63, 67, 68, 76, 80). Une revue systématique de la littérature (73) a montré qu'il était important que le personnel soignant et d'accompagnement identifie rapidement les symptômes aigus, que le personnel ait une connaissance approfondie des maladies chroniques et qu'il connaisse et applique les outils d'évaluation. La gestion professionnelle de maladies chroniques telles que la BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive), l'insuffisance cardiaque ou le diabète est un facteur clé pour réduire les hospitalisations. Ainsi Muench et al. (66) ont pu démontrer que presque 20% des hospitalisations en provenance d'EMS sont dues à la détérioration de maladies chroniques telles que la BPCO, l'insuffisance cardiaque, l'hypertension, le diabète mellitus ou à des infections telles que les pneumonies ou les infections urinaires. Dans ces cas-là, la reconnaissance précoce des changements de l'état de santé du/de la résident.e ainsi que des soins ambulatoires efficaces et rapides peuvent contribuer à réduire le risque d'hospitalisations d'urgence.



- **Nouveaux modèles de soins** : Une revue systématique de la littérature a montré que de nouveaux modèles de soins contribuent à réduire les hospitalisations évitables (67). Les éléments fondamentaux de ces modèles sont 1) une amélioration des soins infirmiers et médicaux au sein même de l'établissement, 2) la disponibilité des services ambulatoires, 3) des diagnostics sur place, et 4) des outils standardisés pour améliorer la communication au sein de l'équipe interdisciplinaire et avec l'hôpital. La disponibilité d'un.e médecin 24h/24h, tous les jours de la semaine et du week-end, et qui soit rapidement accessible sont des souhaits provenant des représentants du milieu des soins de longue durée et ces souhaits doivent être pris au sérieux. Selon les études, un système de médecin répondant, un profil d'équipe avec un nombre élevé d'infirmier.ère.s formés en gériatrie, en soins palliatifs, et/ou en gestion des maladies chroniques, ainsi que la disponibilité d'aides au diagnostic (radiographie, ultrasons, ECG) et de tests de laboratoire permettent le traitement et les soins des résident.e.s au sein même de l'EMS (64, 74). Plusieurs des nouveaux modèles recommandent des équipes professionnelles composées, par exemple, d'un.e médecin et d'un.e infirmier.ère de pratique avancée (Advanced Practice Nurse (APN)), d'un.e infirmière praticienne spécialisée (IPS ; ou Nurse Practitioner (NP)), d'un.e infirmier.ère ayant une spécialisation en gériatrie, ou encore d'une équipe médicale mobile d'urgence qui peut s'occuper des soins au lit du/de la résident.e (75). Les modèles de soins gérés par les infirmier.ère.s (par ex., par des APN) avec des équipes de soutien multiprofessionnelles, tels que le modèle introduit dans le cadre de la Missouri Quality Initiative (MOQI), ont permis de réduire de 30% les hospitalisations (72). En Suisse, le modèle INTERCARE géré par des infirmier.ère.s ayant une formation continue avancée en gériatrie (CAS INTERCARE), montre un effet positif sur la réduction des hospitalisations (81).
- **Vivre dans un EMS et mourir dans un «environnement familial»** : Xing et al. (82) ont étudié rétrospectivement la nécessité d'avoir hospitalisé des résident.e.s recevant des soins palliatifs en EMS au cours de leur dernière année de vie. Les auteurs ont conclu que près de 50% des hospitalisations d'urgence étaient dues à des diagnostics qui auraient pu être gérés au sein de l'EMS et entraînaient des coûts élevés. En Suisse, la planification anticipée du projet thérapeutique (ACP) est discutée comme une méthode pour réduire le nombre d'hospitalisations évitables depuis plusieurs années et a été mis en place dans les EMS. La nouvelle organisation Advance Care Planning – ACP Swiss poursuit le développement et la diffusion de l'ACP en Suisse (<https://www.acp-swiss.ch/francais/>). Les résultats de SHURP 2018 montrent que malgré le fait que des questions sur les directives anticipées, la réanimation, les mesures de prolongation de la vie ou concernant une éventuelle hospitalisation soient posées au moment de l'entrée en EMS, il existe encore un vrai potentiel d'amélioration dans ce domaine. Il est important que les souhaits des résident.e.s et de leurs proches soient discutés au sein de l'équipe interprofessionnelle afin de proposer une prise en charge allant jusqu'à la fin de la vie et qui comprenne une planification des

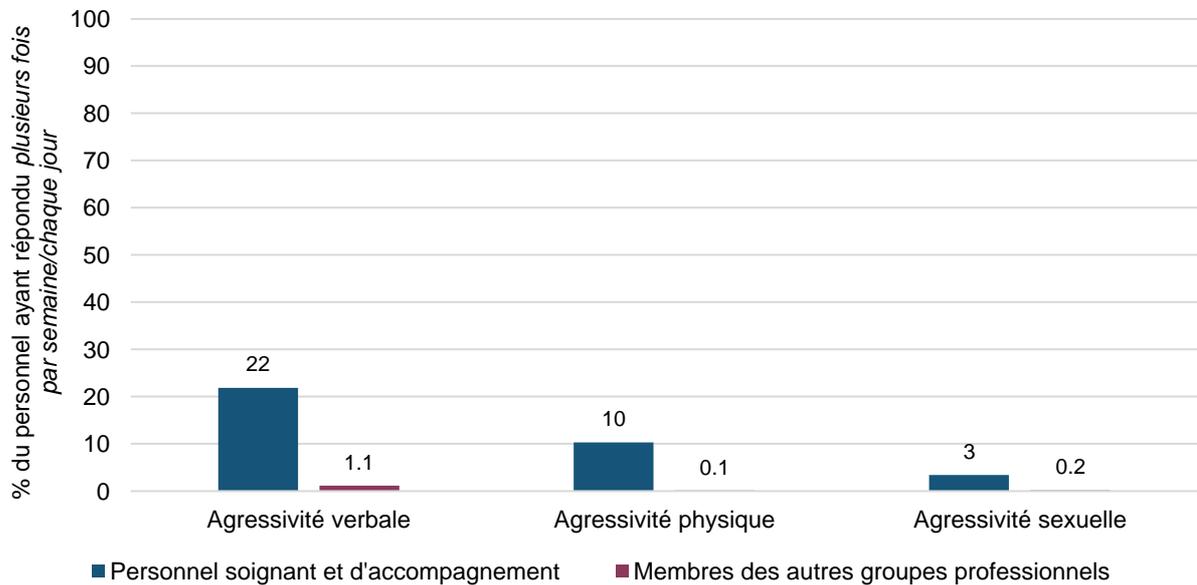


soins et des traitements adaptés aux symptômes des résident.e.s. Les proches ont besoin d'informations et de soutien pour comprendre le processus de la mort. Des tables rondes pour prendre des décisions avec la participation des proches et, si possible, des résident.e.s permettent de s'assurer que tout le monde dispose des mêmes informations et que les craintes sont apaisées. Palliative.ch met à disposition des documents utiles à ce sujet (<https://www.palliative.ch/fr/palliative-ch/>).

3.2.8 Situations d'agression

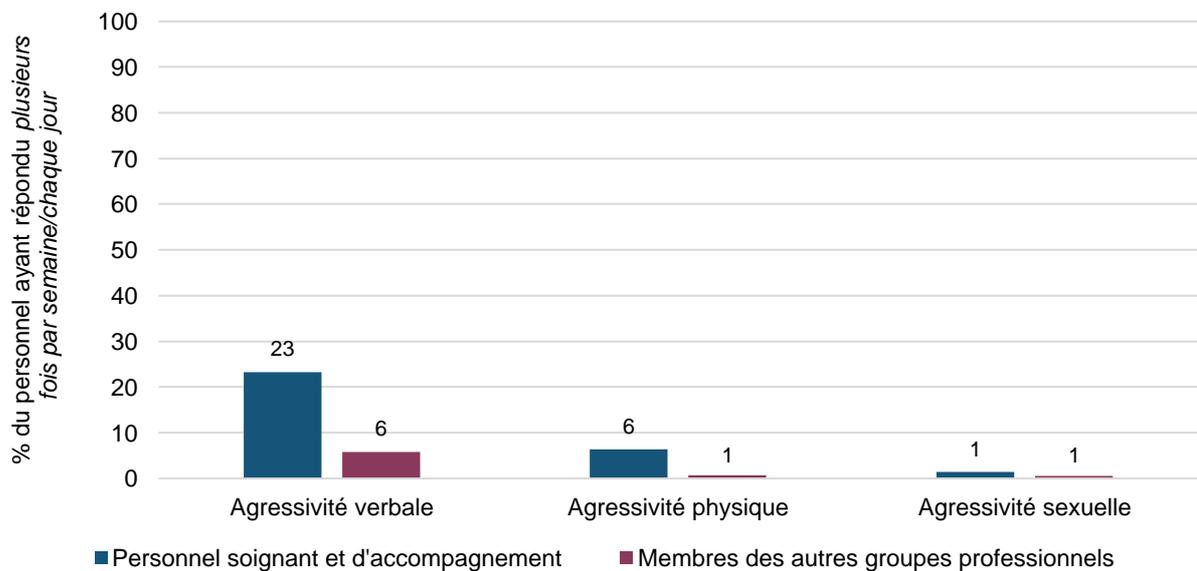
Le personnel soignant et d'accompagnement ainsi que le personnel appartenant à d'autres groupes professionnels ont été interrogés sur la fréquence des comportements agressifs de la part de résident.e.s, contre eux-mêmes ou contre d'autres résident.e.s au cours de l'année précédente. Une distinction a été faite entre l'agressivité verbale (par ex., jurons, insultes, propos hostiles, menaces), physique (par ex., pousser, frapper, donner des coups de pied, lancer un objet, griffer, cracher, tirer les cheveux) et sexuelle (par ex., gestes obscènes, contacts non voulus). La Figure 24 et la Figure 25 montrent le pourcentage du personnel soignant et d'accompagnement et du personnel travaillant dans les autres secteurs de l'EMS qui ont déclaré avoir été victimes d'un comportement agressif au cours de l'année écoulée, *plusieurs fois par semaine ou chaque jour*.

Les comportements verbaux agressifs de résident.e.s contre d'autres résident.e.s sont le type d'agressivité le plus souvent observé par le personnel soignant et d'accompagnement (24.6%) et par le personnel travaillant dans les autres secteurs de l'EMS (5.9%). Le personnel soignant et d'accompagnement est 21.4% à rapporter de l'agressivité verbale contre eux-mêmes de la part des résident.e.s, alors que c'est le cas de 1.1% des membres du personnel travaillant dans les autres secteurs de l'EMS. Les comportements agressifs physiques sont moins souvent vécus/observés et les comportements agressifs sexuels sont les moins fréquemment rapportés. De manière générale, les comportements agressifs sont vécus beaucoup plus fréquemment par le personnel soignant et d'accompagnement que par les membres d'autres groupes professionnels. Il existe également de grandes différences entre les EMS : il y a des établissements dans lesquels aucun membre du personnel soignant et d'accompagnement n'a déclaré avoir subi une agression (quel que soit le type d'agression) alors que dans certains établissements, jusqu'à 65.8% du personnel dit avoir été témoin d'agressions verbales entre résident.e.s, et jusqu'à 55.8% dit avoir subi des agressions verbales de la part de résident.e.s.



Remarque : les données représentent les résultats des 64 EMS ayant mené une «enquête complète» (personnel soignant et d'accompagnement et membres des autres groupes professionnels).

Figure 24 : Situations d'agression vécues contre soi-même – Tous le personnel.



Remarque : les données représentent les résultats des 64 EMS ayant mené une «enquête complète» (personnel soignant et d'accompagnement et membres des autres groupes professionnels).

Figure 25 : Situations d'agression vues contre d'autres résident.e.s – Tous le personnel



Déclencheurs et conséquences des agressions. Les résultats de SHURP 2013 ainsi que ceux d'autres études suisses ont montré que le comportement verbalement agressif envers le personnel soignant et les résident.e.s était la forme d'agression la plus courante (83-85). Les agressions se produisent le plus souvent lors d'activités de soins impliquant un contact physique avec les résident.e.s (83, 85). Les principaux éléments déclencheurs sont la mauvaise compréhension de la situation, le fait d'être dépassé par la situation et la confusion (83). Le stress ressenti par le personnel soignant et d'accompagnement varie selon la forme d'agression subie (83, 84). Le stress lié au travail peut à son tour entraîner des absences, des départs, des mesures de soins dangereuses et des accidents (84-86). En outre, un lien a été établi entre les comportements agressifs et l'épuisement émotionnel, la diminution de la satisfaction au travail et la dépression chez le personnel soignant et d'accompagnement (85).

Mesures possibles. Les mesures à court-terme efficaces pour gérer de telles situations comprennent mener une conversation calme, se distancier de la personne agressive et sortir de la pièce (83). Sur le long terme, d'autres mesures comme par exemple reconnaître qu'un comportement agressif peut être utilisé comme une opportunité de communication ou le fait de prendre en compte les habitudes des résident.e.s, peuvent aider à offrir des soins individualisés et centrés sur la personne (85). En principe, un environnement et un comportement adaptés aux personnes ayant des démences sont nécessaires pour prévenir les comportements agressifs. La formation à la gestion des comportements agressifs, principalement centrée sur la prévention et secondairement sur le désamorçage de tels comportements, est utile, tout comme le suivi du personnel et des résident.e.s qui ont subi une agression. De même, il convient de prêter une attention particulière au personnel issu de l'immigration, qui peut être victime d'agressions verbales et de discrimination de la part des résident.e.s.

Comportements agressifs contre d'autres résident.e.s. Le comportement agressif entre résident.e.s reste un sujet encore peu étudié (87, 88). La prévalence des agressions entre résident.e.s a été étudiée internationalement à travers différentes méthodes. Une étude américaine indique qu'un minimum de 20% des résident.e.s subissent au cours d'un mois au moins une forme d'agression (89). Les éléments déclencheurs d'un comportement agressif entre résident.e.s peuvent être des problèmes de communication dus à une déficience cognitive (du côté de l'agresseur et de l'agressé), des problèmes auditifs, le marmonnement, le bégaiement, des troubles de la parole, et le fait de parler fort ou de parler une langue étrangère. L'invasion de l'espace privé a été citée comme le deuxième déclencheur le plus courant (88, 90). Un comportement agressif peut entraîner un stress physique et psychologique, des blessures et, dans le pire des cas, même la mort des résident.e.s (87, 88, 90). Les mesures suivantes ont été décrites comme utiles pour contrer les comportements agressifs entre résident.e.s : intervention physique ou verbale lors de la situation, séparation des résident.e.s et le fait de discuter avec eux pour les calmer (87).



3.2.9 Soins centrés sur la personne

Les soins centrés sur la personne découlent d'une attitude interactive centrée sur la personne, qui se fonde sur l'authenticité, l'acceptation et l'empathie (91). Il existe différents modèles et théories sur les soins centrés sur la personne. Les thèmes principaux en sont la reconnaissance de la personne en face de soi comme étant une personne, le fait d'entrer en relation, l'autonomie, la prise de décision partagée, ainsi que les soins personnalisés. L'approche centrée sur la personne englobe non seulement les relations entre le personnel, les résident.e.s et leurs proches, mais aussi, par exemple selon le Person-centred Practice Framework, des relations saines entre tous les prestataires de services et les utilisateurs.trices de ces services, tout comme avec leurs proches (92, 93).

Les soins centrés sur la personne s'accompagnent d'un changement de culture qui se distancie d'une culture axée sur les tâches et sur un paradigme bio-médical (94), où les techniques et les routines sont adaptées au fonctionnement de l'établissement. En lieu et place, le personnel soignant et d'accompagnement tient compte, dans le parcours de soins des résident.e.s, de leurs besoins individuels et de leurs habitudes.

La littérature scientifique montre que les soins centrés sur la personne ont des effets positifs sur les résident.e.s ainsi que sur le personnel. Des soins mieux centrés sur les résident.e.s peuvent mener, par exemple, à une meilleure qualité de vie, à plus de continuité dans les soins, à plus d'interactions sociales, et à moins d'ennui, de détresse et de dépression chez les résident.e.s. Le personnel éprouve quant à lui une plus grande satisfaction professionnelle, moins de stress au travail et la capacité de traiter les résident.e.s avec respect et dignité (95-99).

Les responsables d'unité et le personnel soignant et d'accompagnement ont été interrogés sur les soins centrés sur la personne. Les premiers ont été interrogés principalement sur les structures et les processus susceptibles de soutenir des soins centrés sur la personne au sein de l'unité. Les deuxièmes ont été interrogés sur la mesure dans laquelle ils étaient capables de fournir ce type de soins et sur la manière dont l'environnement les aidait à le faire.

Structures et processus de soins centrés sur la personne. Dans l'ensemble, on peut voir que les structures et les processus en place dans les unités soutiennent le fait de prodiguer des soins centrés sur la personne (voir Tableau 27). Ainsi, 96.5% des responsables d'unité affirment que les résident.e.s peuvent choisir quand ils veulent se lever le matin. De même, selon la majorité de responsables d'unité, les résident.e.s peuvent choisir à quel moment (87.9%) et de quelle manière la toilette est faite (82.2%) et aussi participer au choix des types d'activités qui leur sont proposées (96.1%). 84.0% des responsables d'unité déclarent qu'en principe les résident.e.s ont une personne de référence au sein de l'équipe.



Il existe des différences selon la taille des EMS : dans les grandes EMS, 93.9% des responsables d'unité déclarent que c'est le cas ; dans les EMS de taille moyenne, c'est 76.9% et dans les petits EMS, 66.7%. Seule la moitié (52.0%) des responsables d'unité affirme que les résident.e.s participent à l'élaboration de leur plan de soins ce qui peut être l'expression d'un manque de consultation des résident.e.s. Cela peut aussi être dû à la spécialisation de l'unité et au nombre de résident.e.s avec des troubles cognitifs importants qui rend l'implication des résident.e.s eux/elles-mêmes impossible.

En outre, seuls 62.7% des responsables d'unité affirment que les résident.e.s choisissent les heures où ils préfèrent manger ; une pratique bien plus courante en Suisse alémanique (66.4%) qu'en Suisse romande (41.8%). En revanche, les responsables d'unité romands sont bien plus nombreux à déclarer que les résident.e.s ayant des problèmes de mémoire peuvent participer à des activités spéciales conçues pour eux (F : 78.0% vs D : 67.2%).

Est-ce dans la pratique de votre unité que les résident.e.s...	Nombre valable n	Tous	Suisse	Suisse
		(n = 385)	alémanique	romande
	n	% Oui	% Oui	% Oui
...choisissent les heures où ils préfèrent manger ?	379	62.7	66.4	41.8
...choisissent quand ils veulent se lever le matin ?	379	96.5	97.8	89.1
...choisissent à quel moment faire leur toilette ?	374	87.9	88.5	84.6
...choisissent la manière de faire leur toilette, par ex., une douche, toilette au lit ou une baignoire ?	377	82.2	83.3	75.5
...participent au choix des types d'activités qui leur sont proposés ?	381	96.1	96.9	90.9
...participent à l'élaboration de leur plan de soins ?	378	52.0	52.2	52.1
...ayant des problèmes de mémoire ont des activités spéciales conçues pour eux ?	380	68.7	67.2	78.0
...ont une personne de référence au sein de l'équipe soignante ?	384	84.0	83.7	86.3



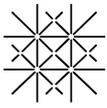
<i>Est-ce dans la pratique de votre unité que les résident.e.s...</i>	<i>Nombre valable n</i>	<i>Tous (n = 385)</i>	<i>Suisse alémanique (n = 328)</i>	<i>Suisse romande (n = 57)</i>
	<i>n</i>	<i>% Oui</i>	<i>% Oui</i>	<i>% Oui</i>
Si oui: pour des préoccupations médicales et les soins	381	99.0	98.8	100.0
Si oui: pour des préoccupations de la vie quotidienne	378	94.1	93.5	97.7

Tableau 27 : Structures et processus de soins centrés sur la personne selon les responsables d'unités et la région linguistique.

Instruments de co-décision pour les résident.e.s. Nous avons demandé aux directeurs.trices à travers une question ouverte si un instrument de co-décision existait pour les résident.e.s au sein de leur établissement. 76.5% affirment qu'un instrument de co-décision existe et il s'agit concrètement de formes actives d'échange, tels que des conseils de résident.e.s (réunions de résident.e.s, tables rondes), de la représentation des résident.e.s au sein du conseil de fondation, de réunions régulières avec la direction, de groupes de discussion thématiques ou de discussions sur les menus. La possibilité de donner des retours ou de formuler des plaintes par le biais d'enquêtes auprès des résident.e.s a également été mentionnée.

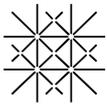
Soins centrés sur la personne du point de vue du personnel soignant et d'accompagnement. Le personnel soignant et d'accompagnement a répondu à 13 questions sur leurs possibilités d'offrir des soins centrés sur les résident.e.s (voir Tableau 28). Les soins centrés sur la personne ont été définis dans le questionnaire comme le fait, pour le personnel, de valoriser et reconnaître les résident.e.s en tant que personne, d'essayer de prendre en compte leur point de vue, de reconnaître leur expérience de vie et d'inclure l'environnement social des résident.e.s dans les soins prodigués. Le personnel soignant et d'accompagnement a été interrogé sur les aspects structurels de leur unité, sur leur approche personnelle des soins centrés sur la personne et sur leur évaluation de la manière dont les résident.e.s se retrouvent dans l'espace. Des différences sont observables entre la Suisse alémanique et la Suisse romande.

Plus de deux tiers du personnel soignant et d'accompagnement ont déclaré avoir des colloques pour discuter des soins aux résident.e.s, cela étant plus fréquent en Suisse romande (F : 89.7% vs D : 66.5%). De même, le personnel de Suisse alémanique discute beaucoup moins souvent de la manière de donner des soins centrés sur la personne (54.9%) que le personnel romand (84.5%). De manière générale, environ deux tiers des personnes interrogées (64.3%) affirment que l'histoire de vie des résident.e.s est utilisée de manière formelle dans la planification des soins aux résident.e.s. Trois quarts d'entre eux considèrent que la qualité de la relation entre le personnel et les résident.e.s est plus importante que le fait d'accomplir les tâches (73.6%).



Au contraire, seulement 19.6% du personnel soignant et d'accompagnement affirme qu'il n'a simplement pas le temps de fournir des soins centrés sur la personne. 14.4% affirment que leur environnement leur semble chaotique et un tiers d'entre eux qu'il faut d'abord terminer les tâches quotidiennes avant de pouvoir s'inquiéter d'offrir un environnement accueillant aux résident.e.s. 56.5% déclarent que l'examen des besoins des résident.e.s est effectué chaque jour. Ce pourcentage peut s'expliquer par le fait que les résident.e.s très indépendants n'ayant besoin que de peu de soins et d'accompagnement n'ont pas beaucoup de contacts quotidiens avec le personnel soignant et d'accompagnement, et ce encore moins avec la personne de référence.

	Personnel soignant et d'accompagnement (n = 4'442)	Suisse alémanique (n = 3'843)	Suisse romande (n = 599)
	% approbation¹	% approbation¹	% approbation¹
Nous discutons souvent de la manière de donner des soins centrés sur la personne.	58.9	54.9	84.5
Nous avons des colloques pour discuter des soins aux résident.e.s.	69.6	66.5	89.7
L'histoire de vie des résident.e.s est utilisée de manière formelle pour la planification des soins aux résident.e.s.	64.3	63.6	68.8
La qualité de la relation entre le personnel et les résident.e.s est plus importante que le fait d'accomplir les tâches.	73.6	73.8	72.0
Nous sommes libres de modifier les routines de travail pour prendre en compte les préférences des résident.e.s.	68.6	68.1	71.7
La possibilité est offerte aux résident.e.s d'être impliqué dans des activités individualisées dans la vie quotidienne.	84.2	85.1	78.4
Je n'ai simplement pas le temps de fournir des soins centrés sur la personne.	19.6	19.4	21.1
L'environnement me semble chaotique.	14.4	14.8	11.6



	Personnel soignant et d'accompagnement (n = 4'442)	Suisse alémanique (n = 3'843)	Suisse romande (n = 599)
	% approbation¹	% approbation¹	% approbation¹
Nous devons d'abord terminer les tâches quotidiennes avant de pouvoir nous inquiéter d'offrir un environnement accueillant aux résident.e.s.	31.4	31.6	30.4
L'organisation du travail m'empêche de fournir des soins centrés sur la personne.	20.7	19.9	25.8
L'examen des besoins des résident.e.s est effectué chaque jour.	56.5	56.8	54.5
Il est difficile pour les résident.e.s de trouver leur chemin au sein de l'établissement.	15.0	14.6	17.8
Les résident.e.s peuvent accéder à un espace extérieur quand ils veulent.	68.5	66.6	80.9

¹ Pourcentage de réponses *plutôt d'accord* et *fortement d'accord*.

Tableau 28 : Soins centrés sur la personne selon le personnel soignant et d'accompagnement et la région linguistique.

Potentiel d'amélioration. Les principes des soins centrés sur la personne sont déjà appliqués de diverses manières par la plupart des EMS. Toutefois, il n'est pas possible, dans le cadre de cette enquête, d'évaluer la culture quotidienne réelle dans les EMS et dans quelle mesure des relations saines, caractérisées par l'empathie et l'estime, sont entretenues entre le personnel, les résident.e.s et leurs proches. Des soins centrés sur la personne ne sont par ailleurs pas acquis, mais ils sont continuellement développés et vécus dans les différentes interactions.

- **Processus et structures au niveau de l'établissement :** Un aspect important des soins centrés sur la personne est le choix et la planification commune des activités, comme par ex., la toilette, les repas ou d'autres activités importantes pour les résident.e.s et leurs proches. Si certains EMS y parviennent au niveau des structures et processus mis en place, cela semble plus difficile concernant la prise en compte de l'histoire de vie des résident.e.s et la consultation des résident.e.s pour la planification des soins. Les EMS peuvent réfléchir à la manière dont la collaboration avec les résident.e.s et leurs proches peut être renforcée sur ces points afin de permettre un échange centré sur les résident.e.s. Il a été démontré que les EMS prodiguent des soins davantage centrés



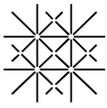
sur la personne si l'environnement est adapté de façon à renforcer l'autonomie des résident.e.s, à promouvoir la collaboration et à offrir des activités qui ont du sens pour les résident.e.s. (100-103).

- **Donner la possibilité au personnel soignant et d'accompagnement d'offrir des soins centrés sur la personne :** Il faut un leadership qui donne la liberté au personnel d'offrir des soins centrés sur la personne. Le soutien au travers de la formation continue, comme la reconnaissance de l'activité mise en œuvre, sont aussi importants que « l'empowerment » structurel ; c'est-à-dire l'accès aux informations importantes pour la réalisation d'activités centrées sur la personne et leur intégration dans les activités de planification et de développement. Les membres du personnel qui font eux-mêmes l'expérience d'une approche centrée sur la personne peuvent à leur tour prodiguer des soins centrés sur le/la résident.e de manières différentes (104-106).
- **Un leadership favorisant le développement des relations :** Les établissements ayant une communication ouverte, travaillant dans un climat de confiance, faisant participer les collaborateurs.trices activement à la prise de décision et donnant accès aux informations, sont plus susceptibles de fournir des soins centrés sur la personne. Cela comprend aussi les efforts conjoints pour appréhender de nouveaux défis, et par conséquent un management collaboratif plutôt qu'un management «top-down» et des structures hiérarchiques fortes (107, 108). Le personnel peut bénéficier d'une organisation qui favorise les échanges au sujet des soins centrés sur la personne, par exemple sous forme d'études de cas, pour travailler ensemble à leur amélioration.

3.3 Personnel – Qualité de l'environnement de travail

3.3.1 Description du personnel

Au total, 4'442 membres du personnel soignant et d'accompagnement ont participé à l'étude SHURP 2018, ainsi que 1'378 membres du personnel travaillant dans d'autres secteurs de l'EMS, tels que le personnel paramédical, le personnel de ménage, de cuisine ou technique. Le second groupe a été intégré pour la première fois sous cette forme dans une enquête nationale en Suisse. Les EMS pouvaient choisir librement d'intégrer ce groupe à l'enquête et 64 des 118 EMS participants l'ont fait. Une description générale des deux échantillons figure dans le Tableau 29.



	Personnel soignant et d'accompagnement (n = 4'442)	Membres des autres groupes professionnels (n = 1'378)
Sexe (% femmes)	88.7	79.6
Tranche d'âge		
Jusqu'à 25 ans	18.0	10.3
26-35 ans	19.3	14.6
36-45 ans	17.7	16.4
46-55 ans	25.5	35.7
56 ans et plus	19.6	23.0
Pourcentage de travail (médiane, %)	80	80
Intérimaire (% oui)	11.5	9.1
Depuis combien de temps êtes-vous actif/active professionnellement ? (médiane, années)	18	24
Depuis combien de temps travaillez-vous dans votre métier actuel ? (médiane, années)	11	12
Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette institution ? (médiane, années)	5	5
Quel horaire effectuez-vous le plus souvent ? (1 choix seulement)		
Horaire de jour continu	20.5	62.7
Horaire de jour coupé (matin et soir)	14.6	15.7
Horaire du soir	6.9	2.4
Horaire de nuit (veille)	8.4	- (pas demandé)
Changement d'horaire régulier	49.6	19.1

Tableau 29 : Données au sujet du personnel interrogé.

On y voit que les membres d'autres groupes professionnels sont généralement plus âgés et ont une expérience professionnelle plus importante que le personnel soignant et d'accompagnement (médiane : 24 ans d'expérience pour les membres d'autres groupes professionnels vs 18 ans pour le personnel soignant et d'accompagnement). Comme on pouvait s'y attendre, les membres des autres groupes professionnels travaillent nettement plus souvent en horaire de jour continu (62.7% vs 20.5% pour le personnel soignant



et d'accompagnement) et changent nettement moins régulièrement d'horaire (19.1% vs 49.6% pour le personnel soignant et d'accompagnement).

Personnel soignant et d'accompagnement. Parmi les personnes interrogées, 26.3% ont un diplôme de niveau tertiaire, 28.2% ont un diplôme de niveau secondaire II avec CFC et équivalent, 17.0% ont un diplôme de niveau secondaire II avec AFP, et 20.4% sont du personnel d'aide non qualifié ayant suivi une courte formation. Parmi le personnel interrogé, très peu a suivi des formations continues telles qu'un CAS, DAS ou MAS (voir Tableau 30). La grande majorité du personnel interrogé a achevé sa formation professionnelle de base en Suisse (84.4%) et 9.2% l'ont achevée dans un pays limitrophe. Il est possible qu'il y ait un biais ici et que les collaborateurs.trices ayant une langue maternelle autre que l'allemand ou le français n'aient pas participé à l'enquête.

Personnel soignant et d'accompagnement	
(n = 4'442)	
	% Oui
Quelle est votre plus haut niveau de formation ?¹	
Personnel de soins et d'accompagnement avec diplôme universitaire/HES (tertiaire universitaire/HES ou équivalent)	3.4
Personnel de soins et d'accompagnement diplômé (tertiaire ES ou équivalent)	22.9
Personnel de soins et d'accompagnement avec CFC	28.2
Aides-soignant.e.s qualifié.e.s avec AFP	17.0
Personnel d'aide non qualifié	20.4
Étudiant.e	6.1
Autre	2.1
Êtes-vous au bénéfice d'une des formations continues suivantes ?	
Certificate of Advanced Studies (CAS)	3.5
Diploma of Advanced Studies (DAS)	1.4
Master of Advanced Studies (MAS)	1.0
Dans quel pays avez-vous effectué votre formation de base ?	
Suisse	84.4
Allemagne	5.5

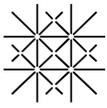


Personnel soignant et d'accompagnement (n = 4'442)		% Oui
Autriche		0.6
Italie		0.1
France		3.0
Autre pays		6.3

¹Les catégories professionnelles sont décrites dans la note de bas de page de la Figure 1.

Tableau 30 : Données sur le personnel soignant et d'accompagnement.

Personnel travaillant dans les autres secteurs de l'EMS. Nous avons aussi interrogé les membres du personnel travaillant dans d'autres secteurs de l'EMS : il s'agit tout d'abord du personnel hôtelier (28.6%), suivi du personnel de cuisine (22.7%), du personnel de ménage (18.4%), du personnel administratif (12.7%), du personnel technique (6.1%), du personnel d'animation (par ex., animateurs.trices socio-culturels) (5.6%) et du personnel paramédical (par ex., ergothérapeutes, psychothérapeutes) (1.8%). Dans le cas du personnel de cuisine et hôtelier, les données se recoupaient parfois (par ex., si le personnel hôtelier est subordonné à la cuisine) ; c'était aussi le cas en ce qui concerne le personnel de ménage et le personnel hôtelier. Pour l'analyse, nous avons assigné la personne à la catégorie «cuisine» si elle avait coché à la fois cuisine et hôtellerie et nous avons assigné la personne à la catégorie «hôtellerie» dans le cas où la personne avait coché à la fois ménage et hôtellerie. En ce qui concerne le niveau de formation le plus élevé du personnel, des tendances différentes apparaissent entre les différentes catégories professionnelles (voir Tableau 31). Alors que dans le secteur de la cuisine, du ménage et de l'hôtellerie, il y a plutôt des personnes sans formation professionnelle ou des personnes titulaires d'un CFC, les secteurs de l'animation et du paramédical sont dominés par les personnes ayant une qualification de niveau tertiaire. Dans les secteurs de l'administration et des services techniques, il y a principalement des personnes titulaires d'un CFC.



Quel est votre plus haut niveau de formation ? (%)	Tous (n = 1'378)	Cuisine (n = 307)	Hôtelier (n = 386)	Ménage (n = 249)	Administratif (n = 171)	Animation (n = 76)	Paramédical (n = 24)	Technique (n = 82)	Autre (n = 55)
...Personnel sans formation professionnelle	26.9	32.9	29.7	52.1	0.6	4.1	0.0	11.2	19.2
...Personnel avec formation de niveau secondaire AFP ou certificat cantonal de formation	11.4	8.8	17.9	13.7	5.3	6.8	0.0	10.0	1.9
...Personnel avec formation de niveau secondaire avec CFC ou maturité professionnelle ou spécialisée	38.4	41.7	37.1	23.3	53.3	40.5	12.5	55.0	38.5
...Personnel avec formation tertiaire ES ou formation continue tertiaire	10.9	9.8	7.7	0.9	17.8	24.3	25.0	12.5	26.9
...Personnel avec formation tertiaire HES	6.8	1.4	2.2	1.8	18.3	18.9	58.3	6.2	11.5
Autres	5.6	5.4	5.5	8.2	4.7	5.4	4.2	5.0	1.9

Tableau 31 : Niveau de formation des membres des autres groupes professionnels.

3.3.2 Qualité de l'environnement de travail

Nous avons interrogé le personnel soignant et d'accompagnement ainsi que le personnel travaillant dans les autres secteurs de l'EMS sur divers aspects ayant trait à la qualité de l'environnement de travail. Il s'agissait notamment de questions concernant leur perception du leadership, des ressources en personnel, de leur propre autonomie au travail, du travail en équipe, du climat de sécurité et de leur expérience de la qualité de la collaboration avec différentes catégories professionnelles. Nous avons également demandé comment le personnel perçoit les efforts d'amélioration de la qualité et dans quelle mesure ils font preuve d'un comportement axé sur le changement. Les résultats sont comparés les uns aux autres dans la suite



du chapitre. Les infirmier.ère.s expert.e.s ont également été interrogés sur les thèmes de la collaboration, de l'amélioration de la qualité et du comportement axé sur le changement, de sorte que leurs résultats figurent également dans ces sections. Alors que les résultats concernant le personnel de soins et d'accompagnement proviennent de l'ensemble des EMS ayant participé à l'enquête de 2018 (n = 118), la comparaison des résultats concernant le personnel soignant et d'accompagnement avec ceux du personnel appartenant à d'autres groupes professionnels est effectuée uniquement au sein de l'échantillon des EMS (n = 64) ayant inclus les deux types de personnel dans leur enquête (soins/accompagnement et autres secteurs, ci-après appelé «enquête complète»).

Les tableaux suivants présentent donc d'une part, les résultats pour le personnel de soins et d'accompagnement de tous les EMS qui ont participé à l'étude, et d'autre part, les résultats des EMS ayant réalisé une «enquête complète» auprès du personnel de soins et d'accompagnement, ainsi que des membres des autres groupes professionnels.

Divers aspects de la qualité de l'environnement de travail ont déjà été examinés dans le cadre de SHURP 2013. Nous avons comparé les résultats des établissements qui ont participé aux deux éditions de SHURP (en 2013 et en 2018) afin d'évaluer l'évolution des résultats dans le temps. Au sein de l'échantillon des 47 EMS ayant participé aux deux éditions (ci-après appelé «échantillon commun 2013-2018»), on voit que des changements ont eu lieu sur certaines thématiques. Ces changements reflètent généralement une détérioration de la perception des éléments en question, en particulier en ce qui concerne les ressources en personnel et le climat de sécurité. Nous commentons ces éléments aux endroits appropriés.

La qualité de l'environnement de travail est un facteur déterminant pour la qualité des soins et pour l'amélioration des résultats concernant le personnel. Par exemple, le leadership, les ressources en personnel et les possibilités de participer à l'organisation de l'EMS sont associés à une meilleure qualité des soins, à une meilleure sécurité des patients et à une plus grande satisfaction des résident.e.s et du personnel (109). Un personnel en quantité satisfaisante ne suffit pas à fournir une bonne qualité de soins, il est également nécessaire d'avoir un bon environnement de travail (110-113). SHURP 2013 a déjà montré qu'une perception positive des ressources en personnel, de la collaboration au sein des équipes et du climat de sécurité est liée à une meilleure perception de la qualité des soins et à la perception de moins de rationnement implicite des soins (114, 115). De même, lorsque le personnel perçoit la dotation comme étant meilleure, la probabilité que le personnel subisse un comportement agressif de la part de résident.e.s diminue également (85). Le personnel soignant et d'accompagnement observe également qu'il y a moins de cas de maltraitance ou de négligence des résident.e.s de la part de collègues, lorsque le travail d'équipe et le climat de sécurité sont mieux évalués (116).

SHURP 2013 a également pu montrer qu'une meilleure qualité de l'environnement de travail était associée à de meilleurs résultats concernant le personnel. En particulier, une meilleure évaluation du leadership est



associée à une plus faible intention de démissionner et à une plus grande satisfaction du personnel (117, 118). En revanche, le risque de mobbing augmente lorsque le leadership est perçu comme peu soutenant, que les ressources en personnel sont jugées insuffisantes et que le travail d'équipe et le climat de sécurité sont jugés comme moins bons (119). Finalement, la qualité de l'environnement de travail est également liée à la santé des collaborateurs.trices. Lorsque le personnel perçoit les ressources en personnel comme étant plus basses, le stress au travail (84) et le mal de dos/reins augmentent. Une association entre un leadership perçu comme peu soutenant et l'épuisement émotionnel est aussi apparent (86).

Leadership. De manière générale, les personnes ayant répondu à l'enquête ont une bonne image de leurs supérieurs (voir Tableau 32). Ils se sentent soutenus, perçoivent leurs supérieurs comme compétents et les erreurs sont principalement utilisées par les supérieurs pour apprendre et non pour critiquer. Un aspect ressort particulièrement : seulement environ 72% du personnel soignant et d'accompagnement dit recevoir des félicitations et de la reconnaissance pour un travail bien fait ; les membres appartenant à d'autres groupes professionnels sont 80.8% à l'affirmer. On voit cependant une grande variation entre EMS à ce sujet : suivant les établissements, entre 27.3% et 100% du personnel soignant et d'accompagnement dit recevoir des félicitations et de la reconnaissance pour son travail.

	Tous (n = 118)	EMS ayant réalisé l'enquête complète (n = 64)		
	Personnel soignant et d'accompagnement (n = 4'442)	Personnel soignant et d'accompagnement (n = 2'484)	Membres des autres groupes professionnels (n = 1'378)	
	% approbation¹	% approbation¹	% approbation¹	
Le/la responsable soutient l'équipe (soignante)	89.8	89.5	92.5	
Les supérieurs hiérarchiques utilisent les erreurs des collaborateurs.trices pour apprendre les uns des autres et non comme critiques.	82.9	82.1	84.5	
La/le responsable est un.e dirigeant.e compétent.e	87.2	87.0	89.4	
Le travail bien fait est l'objet de félicitations et de reconnaissance.	72.5	71.8	80.8	



	Tous (n = 118)	EMS ayant réalisé l'enquête complète (n = 64)	
	Personnel soignant et d'accompagnement (n = 4'442)	Personnel soignant et d'accompagnement (n = 2'484)	Membres des autres groupes professionnels (n = 1'378)
	% approbation¹	% approbation¹	% approbation¹
La/le responsable soutient son personnel dans ses prises de décision, même s'il y a un conflit avec les autres professions de la santé/avec les professionnels d'autres services	82.9	82.5	83.9

¹ Pourcentage des réponses *plutôt d'accord* et *fortement d'accord*.

Tableau 32 : Qualité de l'environnement de travail – Leadership – Tous le personnel.

Ressources en personnel. De manière générale, les ressources en personnel sont moins bien évaluées que les autres aspects de l'environnement de travail (voir Tableau 33). On voit également de nettes différences d'appréciation entre le personnel soignant et d'accompagnement et les membres des autres groupes professionnels. Seule la moitié (49.7%) du personnel soignant et d'accompagnement pense qu'il y a suffisamment de personnel pour effectuer le travail requis et 71.2% sont d'accord pour dire que la dotation en personnel qualifié est suffisante.

On constate par ailleurs une dégradation dans l'évaluation de ces deux items par rapport à SHURP 2013 : parmi les 47 EMS ayant participé aux deux éditions (échantillon commun 2013-2018), 57.9% du personnel soignant et d'accompagnement ont déclaré en 2013 qu'il y avait suffisamment de personnel, et 79.0% qu'il y avait assez de personnel qualifié alors qu'en 2018, les pourcentages sont respectivement de 49.5% et de 71.9%. Il s'agit d'indications claires de problèmes structurels dans la branche.

En outre, seul deux tiers du personnel estime qu'il y a suffisamment de temps pour discuter avec ses collègues des problèmes rencontrés au travail. En ce qui concerne cette thématique, on observe de très grandes différences entre les EMS, avec par exemple un pourcentage d'approbation du personnel soignant et d'accompagnement variant de 0% à 100% par établissement concernant la question d'une dotation en personnel suffisante. Sur l'ensemble des énoncés liés à la dotation, on peut constater que les membres des autres groupes professionnels ont une bien meilleure perception des ressources en personnel, même si seuls 69.2% d'entre eux estiment qu'il y a suffisamment de personnel pour effectuer le travail requis. La perception du personnel soignant et d'accompagnement est conforme à celle des responsables d'unité : lorsqu'on demande aux responsables comment ils perçoivent la dotation en personnel par rapport à la



charge de travail, seuls 58.0% déclarent que leur dotation est *très bonne* ou *convenable*, 32.0% la décrivent comme à *peine suffisante* et 10.0% comme *insuffisante*.

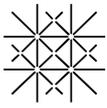
	Tous (n = 118)	EMS ayant réalisé l'enquête complète (n = 64)	
	Personnel soignant et d'accompagnement (n = 4'442)	Personnel soignant et d'accompagnement (n = 2'484)	Membres des autres groupes professionnels (n = 1'378)
	% approbation¹	% approbation¹	% approbation¹
Il y a suffisamment de temps et de possibilités pour discuter avec les autres soignants/les autres membres du personnel des problèmes de soins rencontrés avec les résident.e.s/des problèmes rencontrés au travail	66.4	67.6	75.1
La dotation en personnel (soignant) qualifié est suffisante pour prodiguer des soins de qualité aux résident.e.s/un travail de bonne qualité.	71.2	69.5	82.2
La dotation en personnel (soignant) dans l'équipe est suffisante pour effectuer le travail requis.	49.7	52.3	69.2

¹ Les réponses plutôt d'accord et fortement d'accord sont comptabilisées ensemble.

Tableau 33 : Qualité de l'environnement de travail – Ressources en personnel – Tous le personnel.

Autonomie. Une seule question a été posée au personnel pour savoir dans quelle mesure il travaille de manière autonome. Avec un pourcentage d'approbation légèrement supérieur à 80%, une image uniforme se dégage dans toutes les catégories professionnelles.

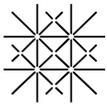
Travail d'équipe. Le personnel soignant et d'accompagnement ainsi que le personnel travaillant dans les autres secteurs de l'EMS a répondu de manière homogène aux questions sur le travail d'équipe (voir Tableau 34). Le soutien mutuel (83.2%) et la possibilité de poser des questions lorsque quelque chose n'est pas compris (84.7%) sont jugés positivement. Environ trois quarts (75.4%) du personnel est d'accord avec



le fait que les propositions et les idées sont bien accueillies, un score un peu moins positif. Le personnel est environ 70% à dire que les désaccords dans l'équipe sont résolus de manière adéquate et que les différents professionnels travaillent ensemble en tant qu'équipe bien coordonnée.

Ici aussi, il existe de grandes différences entre les EMS : alors que dans certains établissements, l'ensemble (100%) du personnel soignant et d'accompagnement dit être d'accord avec toutes les questions concernant le travail d'équipe, dans certains autres EMS, le pourcentage d'approbation descend jusqu'à 27.3% concernant le soutien reçu par les collègues et même jusqu'à 14.3% au sujet du travail en équipe bien coordonnée.

<i>Veillez répondre aux énoncés suivants concernant votre équipe ou unité :</i>	<i>Tous</i> (n = 118)	<i>EMS ayant réalisé l'enquête complète</i>	
	<i>Personnel soignant et d'accompagnement</i> (n = 4'442)	<i>Personnel soignant et d'accompagne-ment</i> (n = 2'484)	<i>Membres des autres groupes professionnels</i> (n = 1'378)
	<i>% approbation¹</i>	<i>% approbation¹</i>	<i>% approbation¹</i>
Dans cette unité/cette équipe, les propositions et les idées sont bien accueillies (par ex., concernant l'organisation du travail, les soins).	75.4	75.3	75.9
Dans cette unité/cette équipe, il est facile d'aborder un problème concernant les soins prodigués aux résident.e.s/un problème que je perçois au travail.	76.1	76.7	71.8
Dans cette unité/cette équipe, les désaccords sont résolus 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 résident.e.s ou l'activité à effectuer).	69.2	69.8	70.0



<i>Veillez répondre aux énoncés suivants concernant votre équipe ou unité :</i>	<i>Tous</i> (n = 118)	<i>EMS ayant réalisé l'enquête complète</i> (n = 64)		
	<i>Personnel soignant et d'accompagnement</i> (n = 4'442)	<i>Personnel soignant et d'accompagne-ment</i> (n = 2'484)	<i>Membres des autres groupes professionnels</i> (n = 1'378)	
	<i>% approbation¹</i>	<i>% approbation¹</i>	<i>% approbation¹</i>	
J'obtiens le soutien nécessaire de la part de mes collègues pour soigner les résident.e.s/pour accomplir mon travail.	83.2	84.3	81.8	
Les soignant.e.s/employé.e.s de cette unité/équipe peuvent facilement poser des questions lorsqu'ils ne comprennent pas quelque chose.	84.7	85.1	85.0	
Dans cette unité/cette équipe, les différents professionnels (de la santé) travaillent ensemble en tant qu'équipe bien coordonnée.	69.1	70.1	72.2	

¹ Pourcentage des réponses *plutôt d'accord* et *fortement d'accord*.

Tableau 34 : Qualité de l'environnement de travail – Travail d'équipe – Tous le personnel.

Climat de sécurité. Cette thématique examine la culture de la sécurité existant dans un établissement avec des questions sur la manière dont les erreurs, les retours (feedbacks) et l'apprentissage à partir des erreurs sont gérés (voir Tableau 35). Sur ce thème, les évaluations de toutes les catégories professionnelles sont proches les unes des autres : environ deux tiers des personnes interrogées déclarent que les erreurs sont traitées de manière adéquate dans leur unité, qu'elles reçoivent des retours appropriés sur leur travail, qu'il est facile de parler des erreurs et qu'il aisé d'apprendre à partir des erreurs commises par les autres.

On constate des différences entre le personnel soignant et d'accompagnement et les membres des autres groupes professionnels lorsqu'on leur demande s'ils se sentiraient soigné et accompagné de manière sûre dans leur EMS (respectivement, 67.2% et 73.4%). Il est surprenant de constater que ceux qui sont plus proches des résident.e.s ont moins tendance à affirmer qu'ils se sentiraient soigné et accompagné de manière sûre. Ici aussi, on constate des fluctuations allant de 5.3% à 100% d'approbation entre les EMS participants et une détérioration nette des résultats par rapport à 2013 (2013 : 73.4% vs 2018 65.6%).



On note une autre différence entre le personnel soignant et les membres des autres groupes professionnels lorsqu'on leur demande s'ils savent comment agir pour aborder des questions concernant la sécurité des résident.e.s (respectivement, 88.1% et 77.3%). Il existe aussi des différences entre les différents secteurs dans lesquels travaillent le personnel appartenant à d'autres groupes professionnels : par ex., 93.2% des animateurs.trices, 91.1% du personnel technique et 62.6% du personnel paramédical disent qu'ils se sentiraient soigné et accompagné de manière sécurisée. Il est compréhensible que ceux/celles qui ont le plus de contacts avec les résident.e.s sont également ceux/celles qui ont le plus de connaissances sur la manière dont les questions de sécurité peuvent être traitées ; le résultat du personnel paramédical étant surprenant. Le personnel soignant et d'accompagnement est également plus susceptible d'être encouragé à signaler des observations ayant trait à la sécurité des résident.e.s (80.7% vs 75.4%).

	Tous (n = 118)	EMS ayant réalisé l'enquête complète (n = 64)		
	Personnel soignant et d'accompagnement (n = 4'442)	Personnel soignant et d'accompagnement (n = 2'484)	Membres des autres groupes professionnels (n = 1'378)	
		% Oui¹	% Oui¹	% Oui¹
Si j'étais résident.e dans cette unité, je me sentirais soigné.e et accompagné.e de manière sécurisée.		65.1	67.2	73.4
Dans cette unité, les erreurs sont traitées de manière appropriée.		68.9	68.8	73.1
Je sais comment je dois agir pour aborder les questions concernant la sécurité des résident.e.s dans cette unité/équipe (par ex., protéger les résident.e.s contre des erreurs de médication, des chutes).		87.9	88.1	77.3
Je reçois des feedbacks (retours) appropriés concernant mon travail.		65.5	64.7	70.2
Dans cette unité, il est facile de parler des erreurs.		65.1	65.5	67.5



	Tous (n = 118)	EMS ayant réalisé l'enquête complète (n = 64)	
	Personnel soignant et d'accompagnement (n = 4'442)	Personnel soignant et d'accompagnement (n = 2'484)	Membres des autres groupes professionnels (n = 1'378)
	% Oui ¹	% Oui ¹	% Oui ¹
Je suis encouragé.e par mes collègues à dire si j'observe ou constate qu'un.e résident.e peut éventuellement être en danger.	78.7	80.7	75.4
L'esprit d'équipe de cette unité/équipe permet aisément d'apprendre à partir des erreurs commises par les autres.	66.3	67.9	68.1

¹ Pourcentage des réponses *plutôt d'accord* et *fortement d'accord*.

Tableau 35 : Qualité de l'environnement de travail – Climat de sécurité – Tous le personnel.

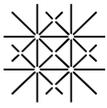
Collaborations. Toutes les catégories professionnelles, y compris les infirmiers.ères expert.e.s, ont été interrogées sur la façon dont ils/elles vivent la qualité de leur collaboration avec les collègues de leur établissement. Le pourcentage de réponses positives (réponses *plutôt bonne* et *très bonne*) est rapporté dans le Tableau 36 pour les différentes catégories de personnel. De manière générale, on observe de la part de toutes les catégories professionnelles une très bonne collaboration avec les collègues de l'équipe, les responsables, les animateurs.trices, le personnel paramédical, le personnel de ménage et les médecins. La qualité de la collaboration avec l'infirmier.ère chef.fe est évaluée comme *bonne* ou *très bonne* par 87.3% du personnel soignant et d'accompagnement et par 97.1% des infirmier.ère.s expert.e.s. Cela pourrait être en lien avec la forme de la collaboration, dans la mesure où les infirmier.ère.s expert.e.s travaillent généralement plus étroitement avec l'infirmier.ère chef.fe que les autres catégories professionnelles ; ces dernier.e.s sont aussi plus souvent leurs supérieurs directs.

Le personnel de soins et d'accompagnement et les membres des autres groupes professionnels perçoivent tous les deux la direction de manière positive (respectivement 85.9% et 91.2%). Les membres des autres groupes professionnels évaluent cette relation légèrement plus positivement, ce qui pourrait avoir un lien avec la proximité qu'ont les uns et les autres avec la direction : en raison de la structure organisationnelle, la direction est la plupart du temps responsable des autres secteurs de l'EMS et de ce fait est leur interlocutrice. Les infirmier.ère.s expert.e.s (qui sont 93.9% à juger la relation avec la direction comme étant



bonne ou *très bonne*) travaillent également plus étroitement avec la direction que le reste du personnel soignant et d'accompagnement. Une différence est visible au niveau du personnel paramédical qui est seulement 75% à juger la collaboration avec la direction comme *bonne* ou *très bonne*. Enfin, une différence supplémentaire se lit dans l'appréciation de la collaboration avec le personnel de cuisine, entre le personnel de soins et d'accompagnement (97.5%) et les membres des autres groupes professionnels (90.3%), les deux groupes la jugeant cependant *très bonne*.

	Tous (n = 118)	EMS ayant réalisé l'enquête complète (n = 64)	EMS avec infirmier.ère.s expert.e.s (n = 62)	
Sur votre lieu de travail, décrivez la qualité de la collaboration que vous vivez avec :	Personnel soignant et d'accompagne- ment (n = 4'442)	Personnel soignant et d'accompagne- ment (n = 2'484)	Membres des autres groupes professionnels (n = 1'378)	Infirmier.ère.s expert.e.s (n = 104)
	% ¹	% ¹	% ¹	% ¹
les collègues de votre équipe/unité	93.3	94.1	94.8	-
le/la responsable de l'unité, le/la responsable	91.4	91.0	94.7	-
l'infirmier.ère chef.fe	87.3	87.3	-	97.1
la direction de l'institution	86.2	85.9	91.2	93.9
les médecins	89.4	88.9	-	89.8
les animateurs.trices	90.9	90.4	-	95.1
le personnel soignant et d'accompagnement	-	-	90.7	100.0 (ES/HES ²)
le personnel paramédical (par ex., physiothérapeute, ergothérapeute)	91.7	91.4	95.6	90.4
le personnel de ménage	94.8	95.1	97.6	-
le personnel de cuisine	88.5	90.3	97.5	-
le personnel hôtelier	-	-	97.1	-



	Tous (n = 118)	EMS ayant réalisé l'enquête complète (n = 64)	EMS avec infirmier.ère.s expert.e.s (n = 62)
Sur votre lieu de travail, décrivez la qualité de la collaboration que vous vivez avec :	Personnel soignant et d'accompagne- ment (n = 4'442)	Personnel soignant et d'accompagne- ment (n = 2'484)	Membres des autres groupes professionnels (n = 1'378)
		%¹	%¹
le personnel administratif	-	-	97.2
le personnel technique	-	-	97.4

Remarque : Toutes les catégories professionnelles n'ont pas été interrogées au sujet de leurs relations avec toutes les autres catégories professionnelles, certaines cases sont donc vides.

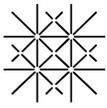
¹ Pourcentage des réponses *plutôt bonne* et *très bonne*.

² Nous avons demandé aux infirmier.ère.s expert.e.s quelle était leur évaluation de la collaboration avec le personnel de soins et d'accompagnement selon trois niveaux de formation : HES/ES: 100%, personnel avec CFC: 97.2%, aides-soignant.e.s qualifié.e.s AFP et non qualifié.e.s : 99.1%

Tableau 36 : Collaboration – Tous le personnel.

Amélioration de la qualité. Nous voulions savoir comment l'amélioration de la qualité avait lieu dans les EMS selon le point de vue du personnel soignant et d'accompagnement et des infirmier.ère.s expert.e.s. Plus de 8 membres du personnel soignant et d'accompagnement sur 10 (82.4%) sont d'accord avec le fait que leur établissement est engagé en faveur de l'éducation et de la formation. Il existe cependant une différence importante entre la Suisse alémanique (83.9%) et la Suisse romande (73.0%) (voir Tableau 37). Près de trois quart (74.4%) des personnes interrogées disent qu'un système de contrôle de la qualité est en place dans leur établissement et 74.5% disent être d'accord avec l'énoncé «Notre établissement évalue de manière continue les soins et les services fournis pour changer les soins et les services dans le futur». Comme décrit au chapitre 3.1.7, environ trois quarts des EMS ont mis en œuvre diverses activités afin d'améliorer la qualité. Un aspect important d'une culture d'amélioration de la qualité est la prise d'initiative des collaborateurs.trices et une approche en commun des problèmes. À ce sujet, seul 62.6% du personnel de soins et d'accompagnement dit être encouragés à développer de nouvelles façons de fournir des services et de prendre soin des résident.e.s, avec un pourcentage d'approbation plus haut en Suisse romande (F : 74.7% vs D : 60.7%). Seul 61% du personnel est d'accord avec l'énoncé «Nous travaillons avec le personnel de différentes unités et équipes pour résoudre les problèmes».

De manière générale, les infirmier.ère.s expert.e.s évaluent bien plus positivement l'amélioration de la qualité dans leur EMS que le personnel soignant et d'accompagnement : ils/elles se sentent d'avantage encouragés à développer de nouvelles façons de travailler (84.5%), travaillent plus avec différentes unités



ou équipes (87.4%), témoignent davantage de l'existence d'un système de contrôle de la qualité (89.4%) et d'une évaluation continue des soins et services (85.4%). Cela est compréhensible en regard de leur rôle, car l'amélioration de la qualité est un thème central pour les infirmier.ère.s expert.e.s.

Amélioration de la qualité	Personnel soignant et d'accompagnement			Infirmier.ère.s expert.e.s
	Tous (n = 4'442)	Suisse alémanique (n = 3'843)	Suisse romande (n = 599)	(n = 104)
	% approbation¹	% approbation¹	% approbation¹	% approbation¹
Le personnel est encouragé à développer de nouvelles façons de fournir des services aux résident.e.s et de prendre soin des résident.e.s.	62.6	60.7	74.7	84.5
Nous travaillons avec le personnel de différentes unités et équipes pour résoudre les problèmes.	61.0	60.2	66.1	87.4
Il y a un engagement en faveur de l'éducation et de la formation dans cet établissement.	82.4	83.9	73.0	93.2
Les obligations professionnelles sont comprises par tous les membres de l'équipe soignante.	72.8	73.9	66.0	69.9
Un système de contrôle de la qualité est en place dans cet établissement.	74.4	73.9	77.9	89.4



Amélioration de la qualité	Personnel soignant et d'accompagnement			Infirmier.ère.s expert.e.s
				(n = 104)
	Tous (n = 4'442)	Suisse alémanique (n = 3'843)	Suisse romande (n = 599)	
	% approbation¹	% approbation¹	% approbation¹	% approbation¹
Notre établissement évalue de manière continue les soins et les services fournis pour changer les soins et les services dans le futur.	74.5	74.7	73.1	85.4

¹ Pourcentage des réponses *plutôt d'accord* et *d'accord*.

Tableau 37 : Perception de l'amélioration de la qualité selon la région linguistique.

Comportement axé sur le changement. Le comportement axé sur le changement se réfère à la capacité du personnel à identifier et à mettre en pratique des opportunités de changement dans son travail, afin d'améliorer ses propres performances ou la situation des résident.e.s. Cela comprend, par exemple, la coopération avec les collègues de travail, les activités visant à préserver l'organisation, les suggestions spontanées d'amélioration, la volonté de suivre des formations continues et de perfectionnement et de contribuer à travers ses actions à une image publique positive de l'institution (120).

Environ 60% du personnel, toutes catégories professionnelles confondues, affiche des comportements qui contribuent à l'amélioration des soins ; comme concevoir ou suggérer à ses collègues de nouvelles façons de faire son travail ou modifier sa propre façon de travailler pour utiliser au mieux le temps disponible (voir Tableau 38). Il y a ainsi un potentiel intéressant disponible, pour contribuer en tant qu'établissement au développement des soins. Environ 40% des personnes interrogées disent également qu'elles suggèrent souvent des façons d'améliorer les règles ou les politiques. Finalement, le pourcentage d'approbation des infirmier.ère.s expert.e.s est beaucoup plus élevé dans trois des quatre énoncés, ce qui est compréhensible au vu de leur rôle : l'amélioration de la qualité et le développement de la pratique font partie de leur activité principale (y compris à travers l'encadrement/le coaching des collègues). Leur pourcentage d'approbation se rapproche des autres groupes, avec 58.7%, concernant l'énoncé sur le changement de ses propres méthodes de travail.



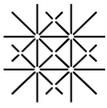
	Tous (n = 118)	EMS ayant réalisé l'enquête complète (n = 64)	EMS avec infirmier.ère.s expert.e.s (n = 62)	
	Personnel soignant et d'accompagne- ment (n = 4'442)	Personnel soignant et d'accompagne- ment (n = 2'484)	Membres des autres groupes professionnels (n= 1'378)	Infirmier.ère.s expert.e.s (n = 104)
	% approbation¹	% approbation¹	% approbation¹	% approbation¹
Je conçois souvent de nouvelles façons de faire mon travail.	61.8	61.3	64.0	75.0
Je suggère souvent à mes collègues de nouvelles façons d'améliorer le travail dans l'unité.	57.0	56.8	56.0	80.7
Je suggère souvent des façons d'améliorer les règles ou les politiques en place.	40.1	40.3	47.4	71.1
Je change souvent ma façon de travailler pour accomplir plus de choses dans le temps que j'ai à disposition.	62.9	62.8	62.7	58.7

¹ Pourcentage des réponses *plutôt d'accord* et *fortement d'accord*.

Tableau 38 : Comportement axé sur le changement – Tous le personnel.

3.3.3 Tâches administratives

La thématique des tâches administratives du personnel soignant et d'accompagnement n'est que peu présente dans la littérature scientifique jusqu'à présent (121, 122), mais une catégorisation de six tâches administratives et organisationnelles sur la base de la situation aux États-Unis et en France existe (122). Ces tâches sont : remplir le dossier du/de la résident.e, coordonner les activités, les examens et les rendez-vous des résident.e.s, gérer les entrées et les sorties des résident.e.s, échanger l'information (par écrit ou oral) au sein de l'équipe (interprofessionnelle), évaluer les résident.e.s avec les instruments d'évaluation et commander le matériel et gérer les stocks. Le personnel soignant et d'accompagnement considère souvent



ces activités comme une charge, car il n'est pas possible de s'occuper directement des résident.e.s durant ces tâches (122). La surcharge de tâches administratives est également souvent citée comme l'une des principales raisons de l'insatisfaction au travail (123).

Pour savoir comment le personnel soignant et d'accompagnement perçoit la charge représentée par les tâches administratives au quotidien et comment cela a changé au cours de l'année précédente, des questions leur ont été posées à ce sujet. 60.6% du personnel soignant et d'accompagnement a affirmé que les tâches administratives représentent une charge de travail *plutôt forte* ou *forte* (voir Figure 26) et 59.4% disent que cette charge de travail *a augmenté* au cours de l'année précédente. Une proportion bien plus importante d'infirmier.ère.s (80.4%) et d'ASSC (67.6%) ont déclaré que cette charge était *forte* comparativement au personnel soignant avec AFP (43.4) et au personnel d'aide non qualifié (44.1%).

La tâche la plus souvent nommée comme représentant une charge *plutôt forte* ou *forte* est le fait d'évaluer les résident.e.s avec les instruments d'évaluation (66.1%) et de remplir le dossier des résident.e.s (65.7%). L'échange d'informations (50.2%), la gestion des entrées/sorties (48.7%), la coordination des activités, des examens ou des rendez-vous (44.2%), ainsi que la commande de matériel et la gestion des stocks (41.3%) sont moins jugées comme des fardeaux. Il existe une différence importante entre la Suisse romande et la Suisse alémanique au sujet de l'échange d'informations : 77.3% des Romands disent que la charge est *plutôt forte* ou *forte*, alors que c'est le cas de seulement 46.0% des Suisses alémaniques.

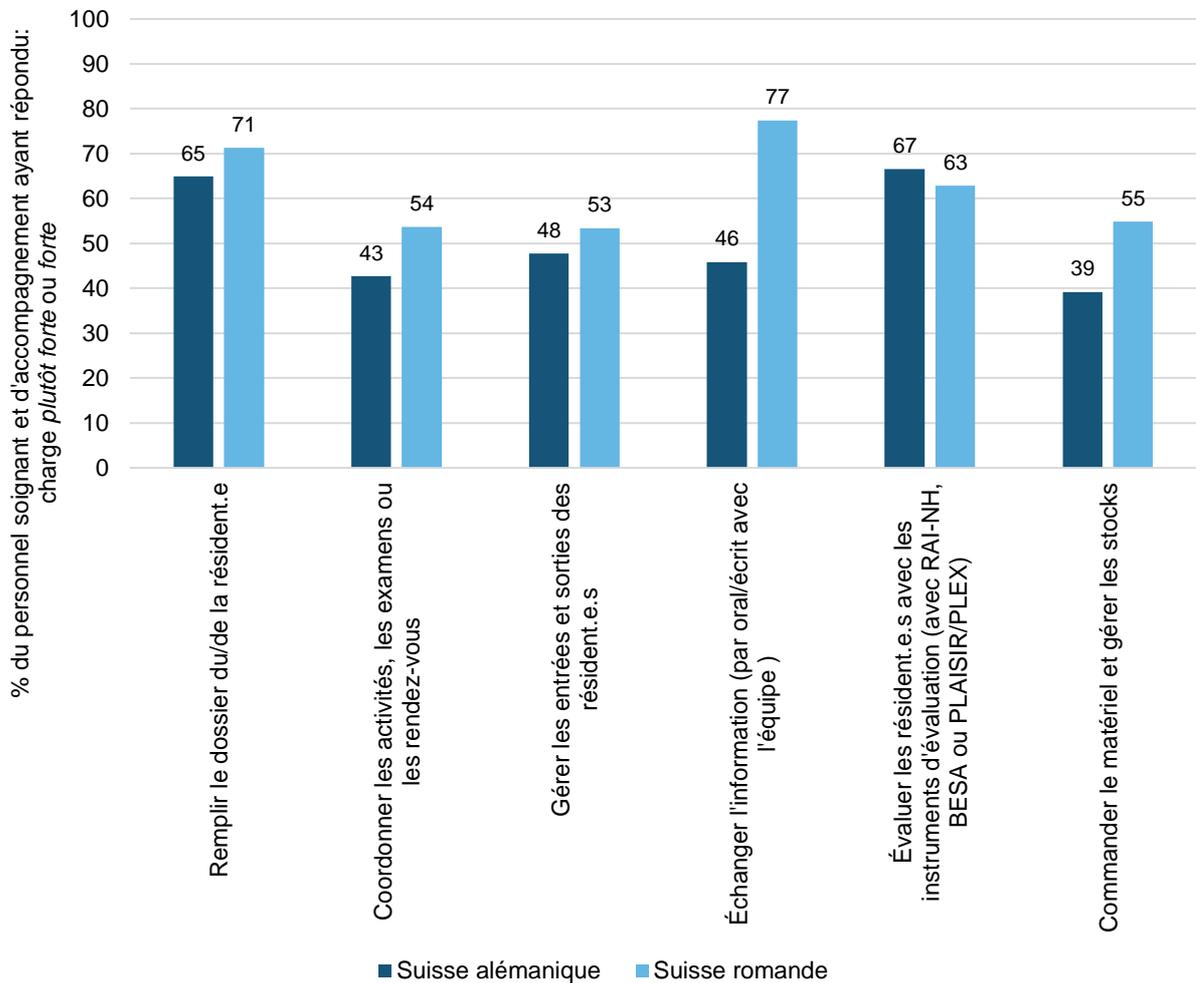
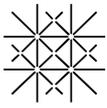


Figure 26 : Charge des tâches administratives au quotidien.

A la question de savoir comment la charge de travail générale liée aux tâches administratives a évolué par rapport à l'année précédente, 59.4% du personnel a répondu que la charge administrative générale a augmenté et 37.9% qu'elle est restée la même (voir Tableau 39). Seuls 2.7% disent que la charge a diminué. L'augmentation de la charge de travail la plus fréquemment mentionnée concerne le fait de remplir le dossier des résident.e.s (54.7%) suivi par le fait d'évaluer les résident.e.s avec les instruments d'évaluation (49.6%). Le personnel juge que deux tiers des tâches administratives restantes ont vu leur charge restée stable au cours de l'année précédente et que la charge d'un tiers des activités a augmenté. Pour cette question, 675 personnes n'ont pas été prises en compte car elles avaient travaillé dans leur établissement actuel depuis moins d'un an.



Personnel soignant et d'accompagnement (n = 4'442)	Comparaison de la charge par rapport à l'année précédente		
	Charge de travail des tâches administratives suivantes :	% a augmenté	% est restée la même
En général		59.4	37.9
Remplir le dossier du/de la résident.e		54.7	41.9
Coordonner les activités, les examens ou les rendez-vous		32.3	65.6
Gérer les entrées et sorties des résident.e.s		34.9	61.8
Échanger l'information (par oral ou écrit, au sein de l'équipe interprofessionnelle)		32.5	62.2
Évaluer les résident.e.s avec les instruments d'évaluation (avec RAI-NH, BESA ou PLAISIR)		49.6	47.3
Commander le matériel et gérer les stocks		28.6	68.4

Tableau 39 : Charge du travail administratif en comparaison avec l'année précédente.

Une dernière question sur ce domaine a été posée au personnel soignant et d'accompagnement, dans laquelle il leur a été demandé combien de temps il passait à effectuer des tâches administratives dans une journée «normale». A cette question, 36.9% ont déclaré y consacrer *moins d'1 heure* par jour, 40.6% *entre 1 et 2 heures*, 17.1% *entre 2 et 3 heures* et 5.4% *plus de 3 heures*. La Figure 27 montre qu'en Suisse romande, le personnel dévoue plutôt *moins d'1 heure* aux tâches administratives, alors qu'en Suisse alémanique, il y consacre plutôt *entre 1 et 2 heures*. Il y a également une nette différence entre les groupes professionnels : les infirmier.ère.s consacrent bien plus de temps aux tâches administratives que le personnel avec CFC ou le personnel d'aide (voir Figure 28).

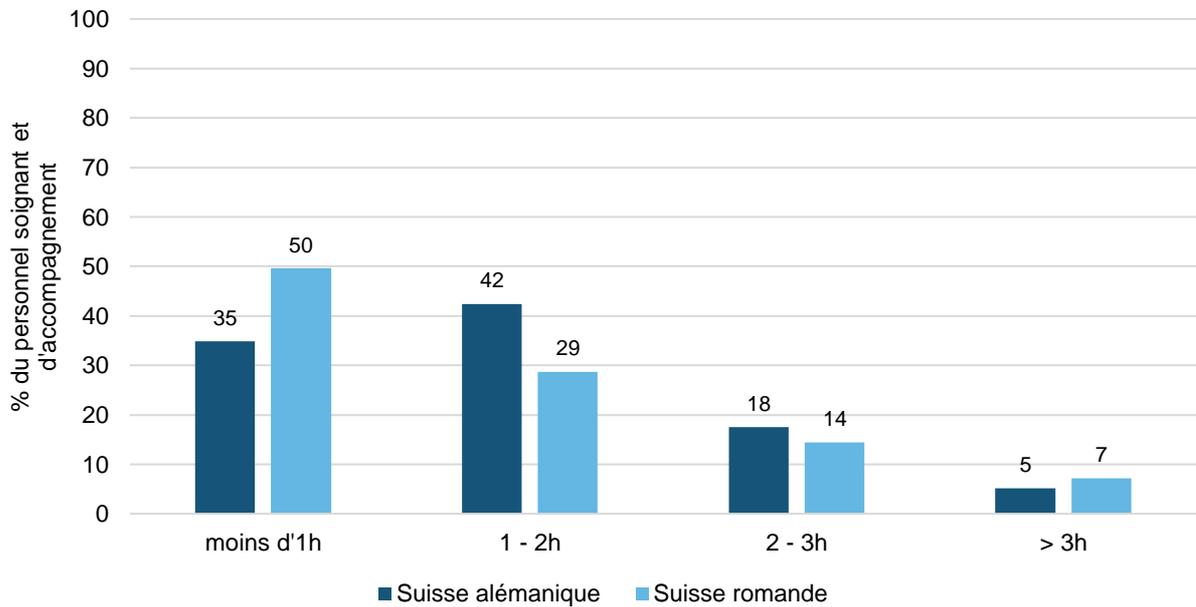
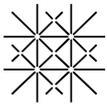


Figure 27 : Temps consacré aux tâches administratives lors d'une journée « normale ».

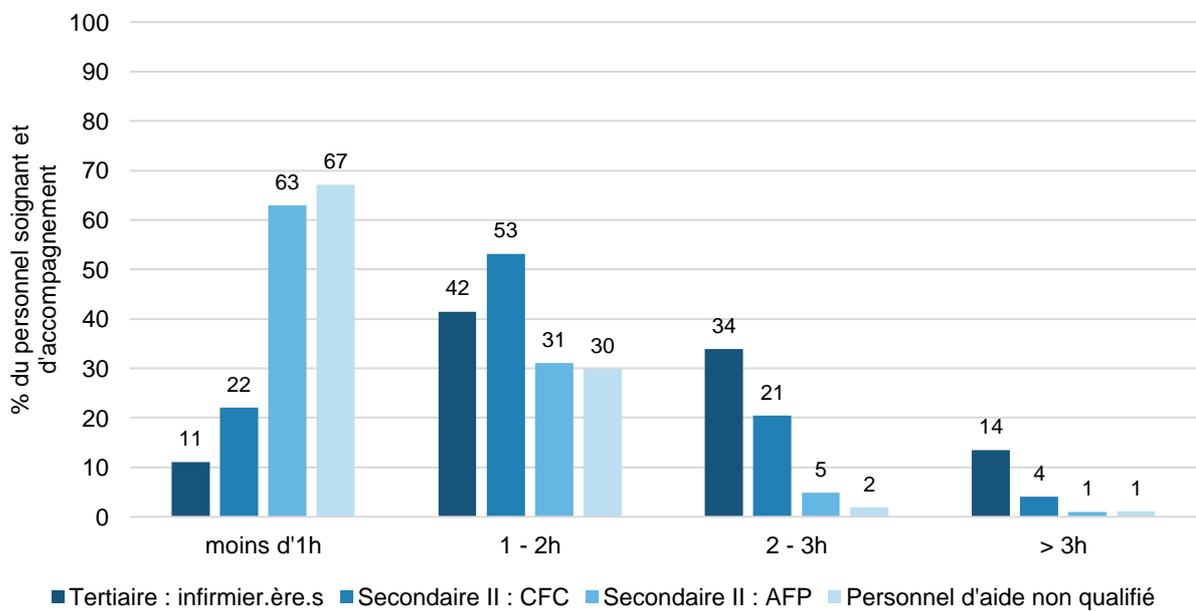


Figure 28 : Heures consacrées aux tâches administratives par catégorie professionnelle.



3.4 Personnel – Rationnement implicite des soins

Une charge de travail élevée et un manque de ressources (en temps, personnel) obligent le personnel soignant et d'accompagnement à établir des priorités et à prendre des décisions concernant les soins qui peuvent être offerts et ceux auxquels il faut renoncer. Le rationnement implicite des soins questionne la fréquence des soins et thérapies nécessaires et habituels qui n'ont pas pu être effectués ou n'ont pas pu être effectués correctement par manque de temps ou en raison d'une surcharge de travail. D'une part, la littérature sur le sujet montre que le rationnement des soins a des conséquences négatives sur les résident.e.s. Ils chutent plus et ont plus d'infections nosocomiales, mais reçoivent aussi moins d'attention de la part du personnel soignant et d'accompagnement en raison des contraintes de temps (115, 124-126). D'autre part, l'insatisfaction professionnelle, l'intention de démissionner et l'épuisement sont plus fréquents chez le personnel soignant et d'accompagnement lorsque celui-ci n'est pas en mesure de fournir la qualité de soins souhaitée (124, 127-129).

Dans l'étude SHURP 2018, les questions sur le rationnement des soins s'orientent autour de quatre thématiques : les activités de la vie quotidienne, les soins, la réhabilitation et la surveillance, la documentation et les activités sociales. Nous rapportons à chaque fois le pourcentage du personnel soignant et d'accompagnement qui a dit n'avoir pas pu effectuer une activité *parfois* ou *souvent* lors des sept derniers jours de travail.

3.4.1 Activités de la vie quotidienne

Dans le domaine du soutien aux activités de la vie quotidienne, nous avons interrogé le personnel soignant sur six mesures de soins (voir Figure 29). Dans l'échantillon des 47 EMS qui ont participé aux deux éditions, les valeurs en 2013 se situent entre 5.8% et 16.8% et en 2018 entre 5.2% et 25.1%. Des changements importants par rapport à 2013 peuvent être observés dans la conduite de la toilette (2013 : 16.8% ; 2018 : 25.1%), l'hygiène buccale et dentaire (2013 : 12.9% ; 2018 : 20.2%) et la mobilisation (2013 : 6.6% ; 2018 : 11.5%)¹.

Dans l'échantillon complet de 2018, le pourcentage du personnel n'ayant pas pu effectuer des soins et des thérapies *parfois* ou *souvent* lors des sept derniers jours se trouve entre 6.2% et 24.9% (voir Figure 29). Les activités telles que la mobilisation (11.5%) ou le fait d'aider à boire et à manger (11.2%) sont moins souvent rationnées que la conduite de la toilette (24.9%) ou que l'hygiène buccale et dentaire (22.0%). Le fait d'amener à boire et à manger aux résident.e.s en dehors des repas (6.2%) et le fait de laisser des résident.e.s plus de 30 minutes dans leur urine ou leurs selles (9.3%) font partie des activités les moins rationnées. En ce qui concerne la taille des EMS, il apparaît que l'hygiène buccale et dentaire est rationnée

¹ Les chiffres présentés ici pour 2013 ne peuvent pas être comparés avec ceux présents dans le rapport national de 2013, car d'une part il s'agit d'un sous-groupe d'établissement ayant participé à l'enquête de 2013, et d'autre part le calcul des pourcentages est différent (l'option de réponse "Tâche pas nécessaire" a été ici traitée comme une valeur manquante).

plus souvent dans les grands EMS (23.5%) que dans les petits (13.6%). Le rationnement de l'hygiène buccale et dentaire est problématique car cela peut entraîner une pneumonie nosocomiale due à l'ingestion de résidus alimentaires ou à des bactéries malignes (130, 131). Des mesures concrètes, telles que la sensibilisation du personnel à l'hygiène bucco-dentaire et l'instauration d'une pratique régulière allant dans ce sens, la formation du personnel à la conduite d'une inspection buccale simple et le financement d'une évaluation complète de la santé bucco-dentaire par un professionnel (par ex., un hygiéniste dentaire) contribuent à réduire l'incidence des pneumonies d'inhalation chez les résident.e.s (131-134).

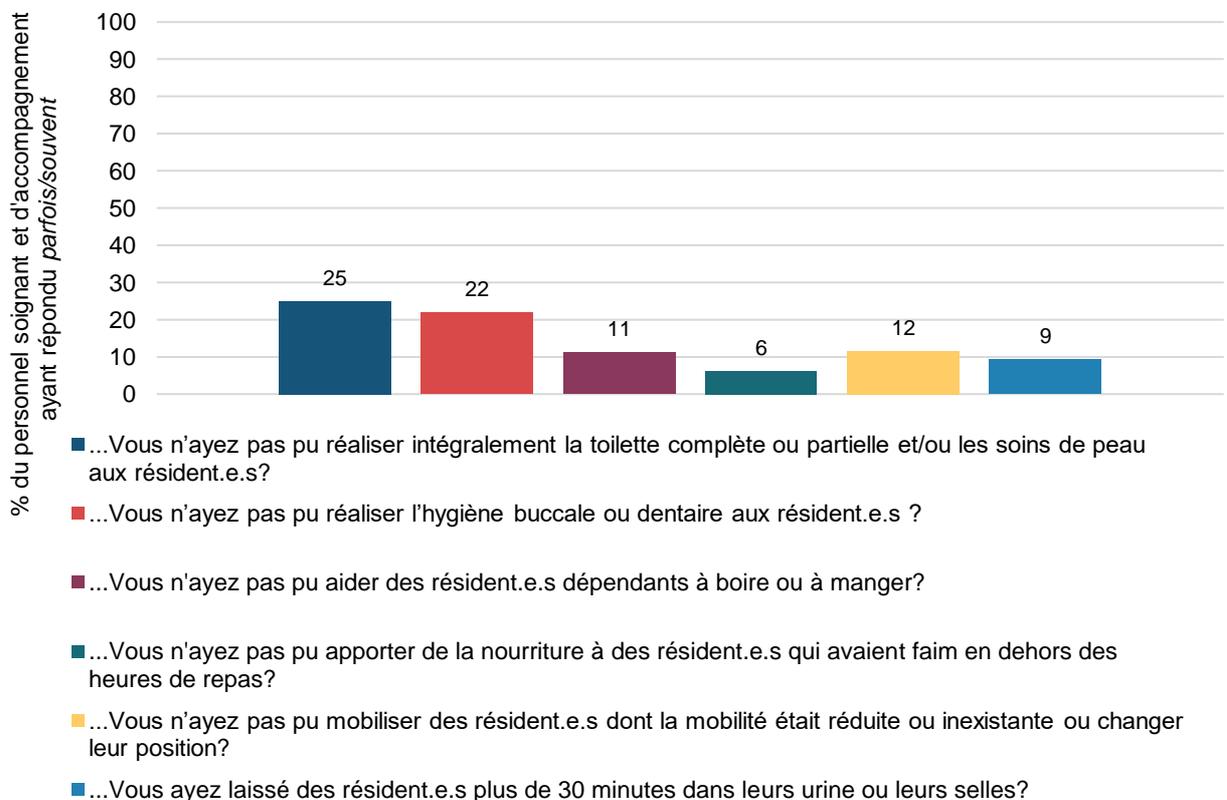


Figure 29 : Rationnement implicite du soutien aux activités de la vie quotidienne.

3.4.2 «Caring» – Réhabilitation – Surveillance

Plus d'un quart du personnel soignant (28.3%) a déclaré ne pas pouvoir offrir un soutien émotionnel aux résident.e.s, par exemple, sous forme de conversation, en cas de peurs, de sentiment d'insécurité ou de dépendance (voir Figure 30). Les entretiens avec les proches ou les résident.e.s sont moins souvent délaissés (20.0%) en comparaison avec le soutien émotionnel mais il s'avère qu'il existe de grandes différences en fonction de la région linguistique. Comme en 2013, ce phénomène est plus fréquent en Suisse romande (33.8%) qu'en Suisse alémanique (17.9%). Près d'un tiers du personnel soignant et



d'accompagnement (32.8%) déclare rationner les soins favorisant l'autonomie. Ici également, il existe une différence entre Suisse romande (37.5%) et Suisse alémanique (32.0%). Les conversations et les activités de la vie quotidienne améliorent la qualité de vie des résident.e.s (135, 136) et les conversations régulières contribuent à ce que les thérapies soient davantage acceptées (137). Si ces activités sont délaissées, la qualité de vie des résident.e.s se dégrade. De plus, d'éventuels symptômes d'infection, de douleurs ou de dépression peuvent ne pas être détectés suffisamment tôt, ce qui pourrait entraîner d'autres conséquences négatives (114).

Outre la documentation, dans le domaine des activités de surveillance, le personnel de soins et d'accompagnement indique laisser de côté, le plus souvent, des activités de soins indispensables. En particulier, une réponse rapide (dans les 5 minutes) aux résident.e.s qui ont sonné est particulièrement affectée (41.9%), avec une importante différence entre les régions linguistiques (F : 59.7% vs D : 39.2%). En comparaison à 2013, on observe une tendance à la hausse (F 2013 : 48.8% ; D 2013 : 30.7%). Ne pas répondre aux sonnettes des résident.e.s englobe différentes formes de rationnements : simplement ne pas répondre à la sonnette, omettre de transmettre la demande du/de la résident.e aux personnes concernées et être incapable de fournir de l'aide aux résident.e.s qui le demandent dans des situations urgentes. Des mesures peuvent être mises en place pour répondre à ces situations spécifiques et améliorer ces problématiques, comme par exemple vérifier à quels moments de la journée il manque le plus de personnel, améliorer la communication au sein de l'équipe soignante ou investir dans de nouveaux systèmes d'appel (138, 139).

En outre, environ un quart (27.6%) des personnes interrogées déclarent ne pas pouvoir surveiller les résident.e.s de manière adéquate et ainsi être dans l'obligation de mettre en place des mesures limitant la liberté de mouvement. Cela arrive nettement plus souvent dans les grands que dans les petits EMS (20.1% vs 28.0%). Ce thème sera discuté et approfondi dans le chapitre 3.2.3 (Indicateurs de qualité – Les mesures limitant la liberté de mouvement).

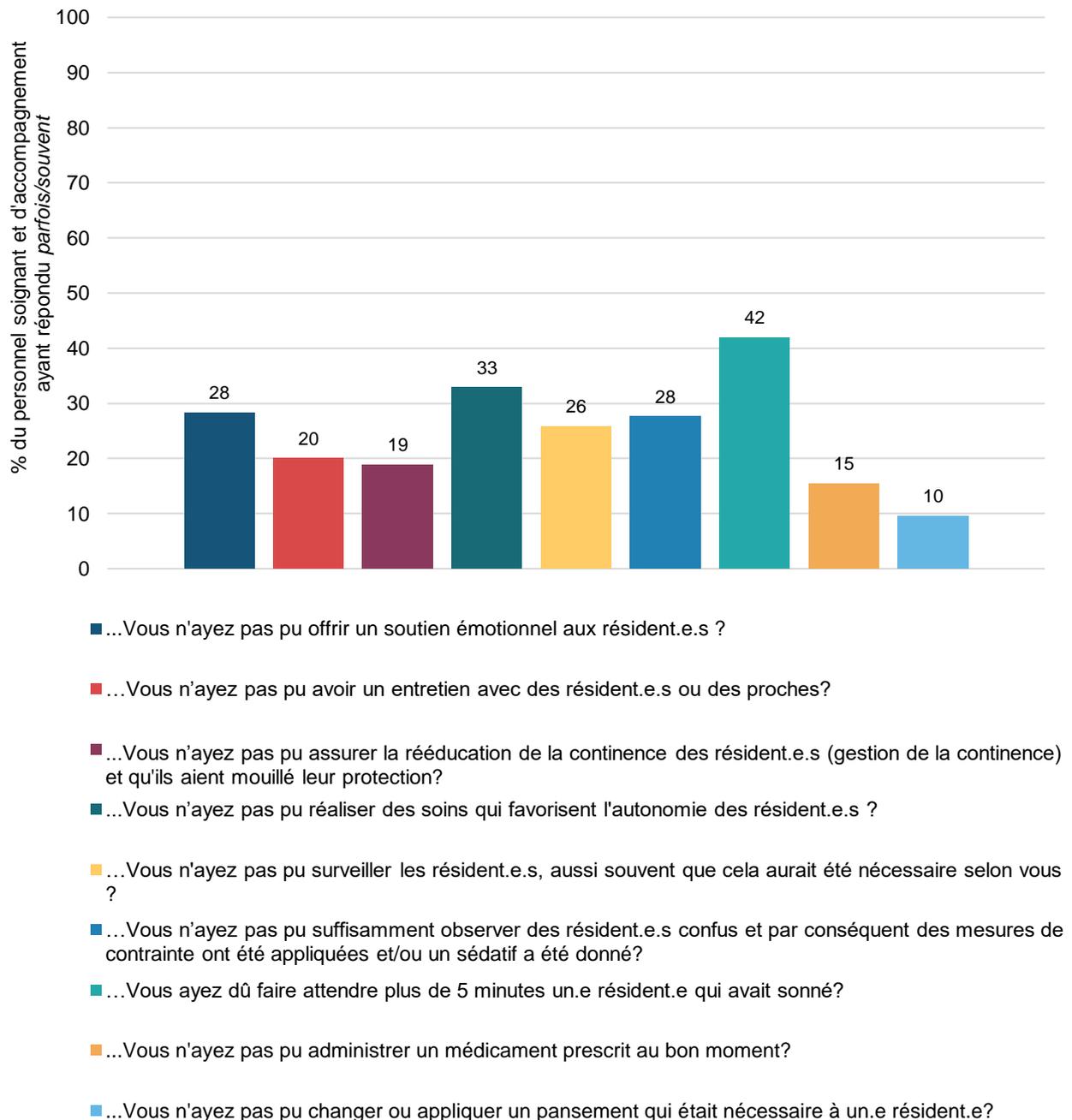
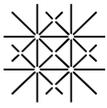


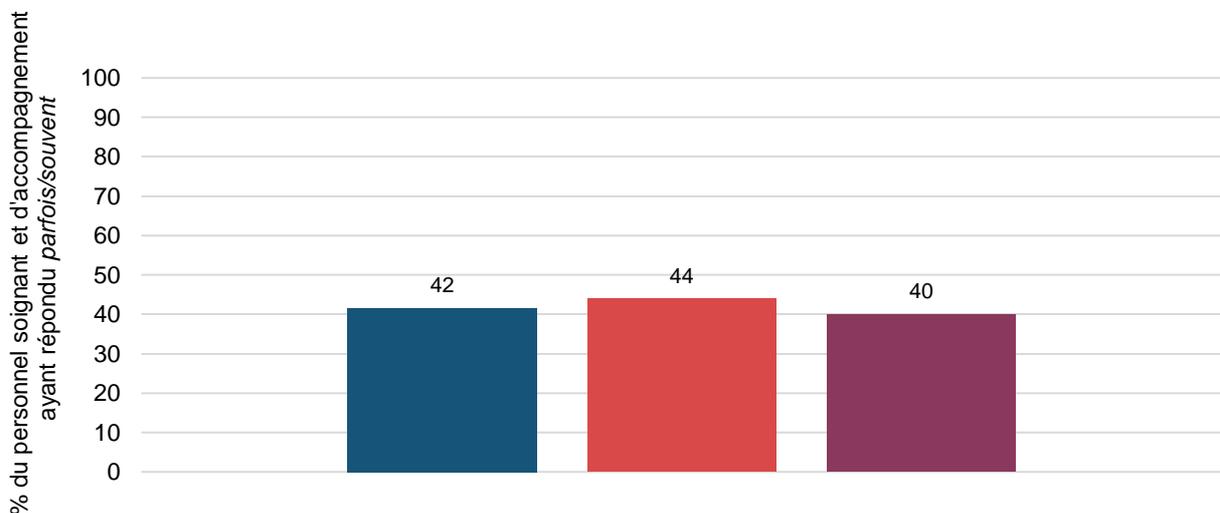
Figure 30 : Rationnement implicite des activités de care, de réhabilitation et de surveillance.

3.4.3 Documentation

Les trois mesures couvertes par ce domaine (lecture du dossier, mise à jour des plans de soins et documentation des soins effectués) sont rationnées *parfois* et *souvent* par entre 39.9% et 43.9% du personnel (voir Figure 31) ; elles sont donc plus rationnées que les activités des autres domaines. En



comparaison avec l'édition SHURP de 2013 (entre 30.0% et 38.7%), la tendance est à la hausse en 2018. Dans l'échantillon de 47 EMS ayant participé aux deux éditions, la documentation des soins effectués était *parfois* ou *souvent* rationnée par 30.0% du personnel en 2013 et par 39.4% du personnel en 2018. Le fait de mettre la documentation de côté n'a pas de conséquences immédiates sur les résident.e.s, mais la documentation est un instrument important pour assurer la continuité de soins de qualité, aussi bien lors des changements d'équipe que lorsque la rotation du personnel au sein de l'unité est importante (140, 141).



- ..Vous n'avez pas eu suffisamment de temps pour étudier le dossier de soins du/de la résident.e concernant sa situation au début de votre horaire de travail?
- ...Vous n'avez pas pu réaliser ou actualiser un plan de soins pour les résident.e.s?
- ...Vous n'avez pas pu suffisamment documenter les soins effectués aux résident.e.s ?

Figure 31 : Rationnement implicite de la documentation.

3.4.4 Activités sociales

Les activités de ce domaine se situent dans la moyenne de toutes les activités rationnées. Il s'avère que les activités individuelles (par ex., promenades) sont plus souvent délaissées (42.3%) que les activités de groupe ou les manifestations culturelles (29.7% les deux) (voir Figure 32). On peut aussi observer que les activités de groupe sont plus rarement mises de côté dans les petits EMS (23.3%) que dans les EMS de taille moyenne (30.7%) ou les grands EMS (30.0%). En Suisse romande, les activités socio-culturelles

semblent être plus souvent rationnées qu'en Suisse alémanique. Contrairement aux activités individuelles, les activités de groupe et les événements culturels sont planifiés et annoncés, ce qui pourrait expliquer cette différence. Dans ce domaine également, on observe une tendance à la hausse par rapport aux données de 2013 : dans l'échantillon de 47 EMS ayant participé aux deux éditions, le rationnement des activités individuelles est passé de 34.5% (2013) à 41.3% (2018), celui des activités de groupe de 21.3% (2013) à 28.5% (2018) et celui des activités culturelles de 22.9% (2013) à 28.5% (2018).

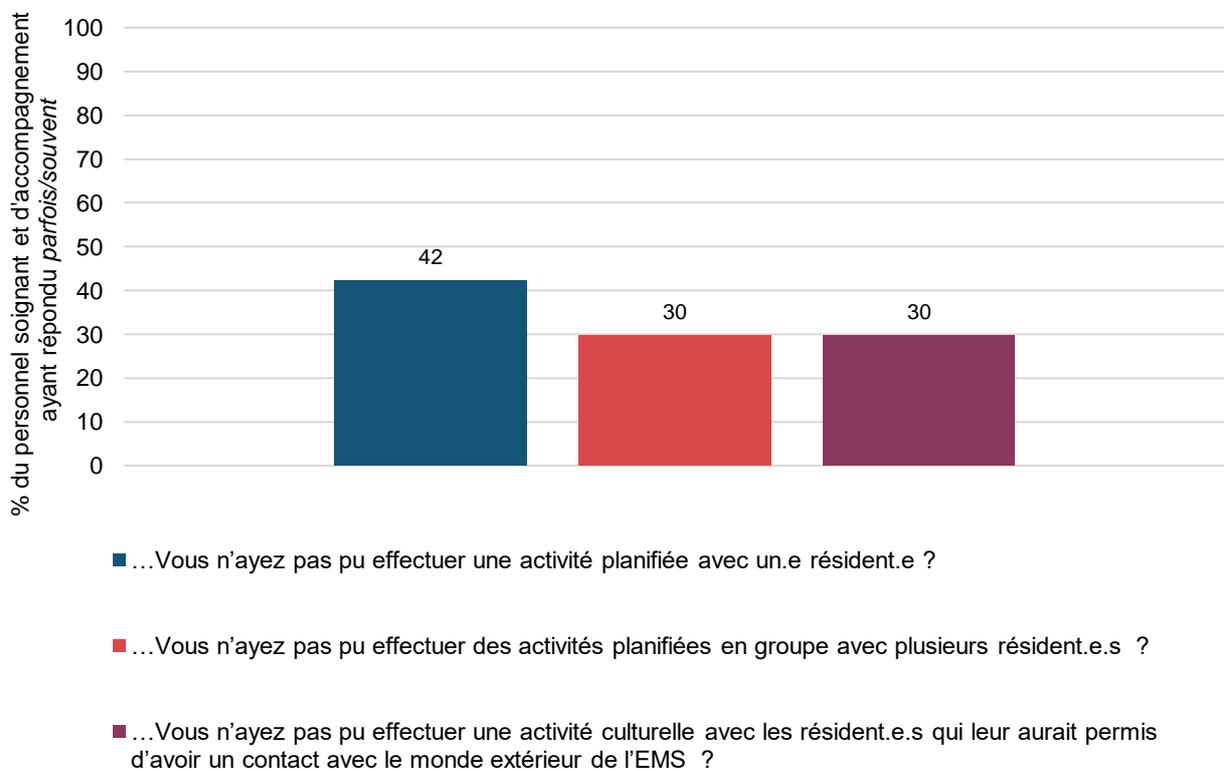


Figure 32 : Rationnement implicite des activités sociales.

3.4.5 Vue d'ensemble des activités rationnées

Dans l'ensemble, comme en 2013, la documentation, la surveillance et les activités sociales sont en premier rationnées, suivi par les activités de réhabilitation et la conduite d'entretiens. Les activités médicotechniques telles que le changement de pansements et la médication, ainsi que le soutien aux activités de la vie quotidienne comme manger et aller à selles sont les moins rationnées.



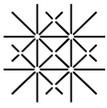
Une revue de la littérature récemment publiée met en évidence différentes façons efficaces de réduire le rationnement des soins et des thérapies (142). Une dotation en personnel plus élevée et une amélioration du travail d'équipe sont associées à un niveau moins élevé de rationnement. Au niveau des processus, ce sont surtout les mesures visant à réduire l'oubli dans l'administration des médicaments dans les hôpitaux (par ex., par des rappels et des aides techniques) qui ont été particulièrement étudiées. Cependant, les mesures au niveau des processus sont toujours axées sur une action spécifique, et elles ne contribuent ainsi pas à réduire le rationnement dans son ensemble (142).

3.5 Résultats de l'enquête auprès du personnel

L'enquête SHURP 2018 a permis de recueillir des résultats auprès des différentes catégories de personnel ayant été interrogées : le personnel de soins et d'accompagnement, le personnel travaillant dans les autres secteurs de l'EMS (c.-à-d. les autres membres du personnel, par ex., personnel de cuisine, technique, paramédical) et les infirmier.ère.s expert.e.s. La plupart des résultats avaient déjà été collectés lors de l'enquête SHURP 2013, comme par exemple la satisfaction au travail, l'intention de quitter son travail, les heures supplémentaires et les problèmes de santé. Cela permet non seulement de comparer la qualité de l'environnement de travail entre les différentes catégories du personnel, mais aussi avec les résultats de la première édition de 2013, au sein de l'échantillon de 47 EMS ayant participé aux deux éditions. D'autres sujets, tels que la compatibilité entre travail et vie privée, le temps libre consacré aux résident.e.s ou la satisfaction par rapport au salaire ont été abordés pour la première fois dans le cadre de l'étude SHURP 2018.

3.5.1 Offres pour le personnel

Tout d'abord, il a été demandé aux EMS d'indiquer quelles sont les possibilités offertes aux collaborateurs.trices, dans le cadre de leur emploi, qui contribuent à améliorer les résultats relatifs au personnel. Il s'agit, par exemple, d'offres qui favorisent le développement professionnel ou la reconnaissance, facilitent la conciliation entre famille et travail, augmentent les possibilités d'autogestion du personnel ou promeuvent la santé. L'ensemble des 118 EMS interrogés proposent du soutien à la formation continue (financier ou en temps) et la possibilité de travailler à temps partiel. Le congé sans solde est également possible dans presque tous les établissements (97.5%). En outre, 98.3% des EMS ont déclaré offrir des formations continues internes. La possibilité de continuer à se former et de co-définir son horaire de travail sont associés à une diminution des cas d'épuisement professionnel («burn out») et à une plus grande satisfaction au travail. Les offres favorisant la vie de famille telles que les horaires de travail flexibles (45.8%) ou les garderies (11.0%) sont par contre beaucoup moins courantes ; même si elles constituent des offres importantes pour une bonne conciliation de la vie privée et professionnelle. L'accès à des services de santé, comme mesure préventive, est mise à disposition par 61.9% des établissements, les petits EMS (44.4%) et les EMS en Suisse romande (45.0%) étant sous-représentés.



3.5.2 Satisfaction au travail

La satisfaction au travail est un facteur important qui donne une indication sur la façon dont les collaborateurs.trices évaluent leur situation au travail de manière globale (143). Les collaborateurs.trices satisfaits changent moins souvent d'emploi et souffrent moins d'épuisement professionnel (144-146). Dans les EMS où les collaborateurs.trices sont satisfaits, la qualité des soins augmente et l'état de santé des résident.e.s s'améliore (144, 145, 147).

Les mêmes questions relatives à la satisfaction au travail ont été posées au personnel de soins et d'accompagnement, au personnel travaillant dans les autres secteurs de l'EMS, ainsi qu'aux infirmier.ère.s expert.e.s. Les personnes interrogées ont indiqué leur niveau de satisfaction par rapport à leur place de travail et si elles recommanderaient l'établissement à un.e collègue soignant.e. Elles ont également répondu à cinq questions sur le salaire et les horaires de travail. Le personnel de soins et d'accompagnement, ainsi que les infirmier.ère.s ont également évalué leur satisfaction quant à la possibilité de fournir aux résident.e.s les soins dont ils/elles ont besoin.

Dans l'ensemble, 83.9% du personnel soignant et d'accompagnement, 87.7% des membres du personnel travaillant dans les autres secteurs de l'EMS et 87.9% des infirmier.ère.s expert.e.s sont *plutôt satisfaits* ou *très satisfaits* de leur place de travail (nous présentons ici les résultats du personnel soignant et d'accompagnement pour tous les EMS ayant participé à l'étude, puisque les résultats du groupe d'EMS ayant aussi interrogé les membres des autres groupes professionnels (« enquête complète ») sont très similaires). De plus, respectivement 83.4%, 90.7% et 92.2% du personnel recommanderait *certainement* ou *probablement* leur établissement à un.e collègue (voir Tableau 40). Ce taux est légèrement plus faible parmi le personnel de soins et d'accompagnement qu'en 2013 (dans l'échantillon de 47 EMS ayant participé aux deux éditions : 2013 : 89.5% vs 2018 : 84.8%) (1). Il existe cependant, en 2018 aussi, d'importantes différences entre les établissements participants : la satisfaction au travail du personnel soignant et d'accompagnement varie entre un minimum de 37.5% et un maximum de 100% selon les EMS, et la satisfaction des membres des autres groupes professionnels varie entre 63.6% et 100%.

Le personnel soignant et d'accompagnement est par contre moins satisfait de son salaire (voir Tableau 40) : un peu plus de la moitié est satisfait ou *très satisfait* de leur salaire par rapport à ce dont ils ont besoin (54.1%) ainsi que par rapport au salaire de personnes exerçant un métier similaire dans d'autres institutions (55.6%). Le niveau de satisfaction est plus faible chez le personnel avec un niveau secondaire et chez le personnel d'aide non qualifié que chez le personnel de niveau tertiaire (niveau tertiaire : 63.7%, niveau secondaire II CFC et équivalent : 50.8%, niveau secondaire II AFP et équivalent : 48.2%, personnel d'aide non qualifié : 50.2%).

Plus de deux tiers des membres des autres groupes professionnels ont répondu à ces deux questions en disant être *satisfait* et *très satisfait* (salaire par rapport à ce dont ils ont besoin : 70.3% et



salaires par rapport à celui de personnes exerçant un métier similaire dans d'autres institutions : 67.2%). Une proportion encore plus grande des infirmier.ère.s expert.e.s est satisfaite de son salaire (81.8%) mais là aussi, la satisfaction est plus faible quand on les questionne sur leur niveau de satisfaction par rapport au salaire de personnes exerçant un métier similaire dans d'autres institutions (64.4%). La question qui demeure est de savoir avec quelles autres institutions les personnes interrogées se sont comparées, s'il s'agissait d'autres EMS ou d'autres organisations de soins telles que les hôpitaux, et dans quelle mesure les comparaisons entre les cantons ont également joué un rôle.

Environ 80% du personnel de soins et d'accompagnement et plus de 90% du personnel travaillant dans les autres secteurs de l'EMS et des infirmier.ère.s expert.e.s sont *satisfaits* ou *très satisfaits* de leurs horaires de travail et de leur planning. Les trois quarts du personnel soignant et d'accompagnement (76.4%) et 83.5% des infirmier.ère.s expert.e.s sont *satisfaits* ou *très satisfaits* des possibilités qu'ils ont de donner aux résident.e.s les soins dont ils ont besoin.

Le niveau généralement élevé de satisfaction au travail des personnes interrogées correspond aux résultats des enquêtes menées auprès d'autres groupes professionnels en Suisse (143). De ce fait, l'insatisfaction concernant la situation salariale est d'autant plus frappante. Les salaires font partie des conditions de travail et influencent la satisfaction au travail (144). L'ensemble des personnes interrogées dans l'étude sont plus satisfaites des autres conditions de travail (horaires de travail, planning) que du salaire. Outre le salaire, l'environnement de travail est également important pour la satisfaction au travail.

Pour les travailleurs suisses de manière générale, un environnement de travail centré sur la personne, caractérisé par du soutien, du respect, attitude soutenante de l'encadrement, de la reconnaissance, de l'équité et de la confiance, contribue à la satisfaction au travail (143). La recherche dans les soins de longue durée (par ex., l'étude SHURP de 2013) démontre également cette relation (118). En outre, un élément-clé de la satisfaction au travail du personnel de soins et d'accompagnement est la capacité à fournir des soins de bonne qualité (144-148). Si cela n'est plus le cas, l'insatisfaction et le taux de rotation du personnel augmentent. La co-création d'un environnement de travail et d'un travail d'équipe visant à fournir des soins de bonne qualité sont donc des points de départ importants pour un niveau élevé de satisfaction au travail.



	Tous (n = 118)	EMS ayant réalisé l'enquête complète (n = 64)	EMS avec infirmier.ère.s expert.e.s (n = 62)	
	Personnel de soins et d'accompagne- ment (n = 4'442)	Personnel de soins et d'accompagne- ment (n = 2'484)	Membres des autres groupes professionnels (n = 1'378)	Infirmier.ère.s expert.e.s (n = 104)
	%	%	%	%
Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à votre place de travail ? (% très satisfait/plutôt satisfait)	83.9	83.7	87.7	87.9
Par rapport à votre place de travail, quel degré de satisfaction éprouvez-vous à l'égard... (% très satisfait/satisfait)				
...des possibilités que vous avez de donner aux résident.e.s les soins dont ils ont besoin ?	76.4	77.2	-	83.5
... de votre salaire en lien avec vos besoins financiers ?	54.1	52.5	70.3	81.8
...de votre salaire par rapport au salaire de professions de niveau comparable ?	44.8	45.2	64.2	49.1
...de votre salaire par rapport au salaire de personnes exerçant un métier similaire dans d'autres institutions ?	55.6	55.1	67.2	64.4



	Tous (n = 118)	EMS ayant réalisé l'enquête complète (n = 64)	EMS avec infirmier.ère.s expert.e.s (n = 62)	
	Personnel de soins et d'accompagne- ment (n = 4'442)	Personnel de soins et d'accompagne- ment (n = 2'484)	Membres des autres groupes professionnels (n = 1'378)	Infirmier.ère.s expert.e.s (n = 104)
		%	%	%
...de vos horaires de travail ?		78.3	78.8	92.5
...de votre planning ?		80.5	80.6	91.1
Recommanderiez-vous votre institution à un.e collègue comme un bon lieu de travail ? (<i>% probablement oui/certainement oui</i>)		83.4	84.1	90.7

Tableau 40 : Satisfaction au travail et recommandation de son employeur – Tous le personnel.

3.5.3 Intention de quitter son travail

La rotation du personnel (c.-à-d. les départs du personnel) et l'intention de quitter son travail sont des problèmes multifactoriels sur lesquels des facteurs tant professionnels, opérationnels que personnels ont une influence. Les facteurs les plus influents sont le stress au travail, le burnout et l'insatisfaction au travail (149). La fluctuation du personnel peut entraîner des coûts élevés pour les EMS, notamment en raison du financement de remplaçants temporaires pour compenser les absences du personnel, mais aussi en raison de la baisse de la productivité et de la qualité des soins (150). Les changements de personnel peuvent avoir un impact particulièrement négatif sur les résident.e.s ayant des troubles cognitifs, car les connaissances des préférences et des valeurs des résident.e.s sont perdues lorsque des membres du personnel changent de travail. De même, des relations de confiance doivent être créées avec de nouvelles personnes (151-154). L'intention de quitter le travail est un précurseur du départ effectif de l'établissement, même si elle n'y mène pas toujours.

Au total, 17.2% du personnel soignant et d'accompagnement étaient *plutôt d'accord* ou *fortement d'accord* avec l'énoncé «Je pense souvent à quitter son travail», 14.1% déclarent qu'ils vont probablement chercher



un nouveau travail l'année prochaine, 7.8% qu'ils cherchent activement un travail dans une autre institution et 21.4% qu'ils pensent souvent à quitter leur travail dans le domaine des soins aux personnes âgées pour évoluer dans un autre domaine (voir Tableau 41). Au sein du personnel travaillant dans les autres secteurs de l'EMS, la proportion de collaborateurs.trices pensant souvent à quitter son travail (10.3%), pensant chercher un nouveau travail l'année prochaine (8.6%) ou cherchant activement à l'heure actuelle un travail (5.9%) est globalement nettement inférieure. De plus, seuls 9.4% pensent souvent à quitter leur profession ou leur domaine de travail actuel. Parmi les infirmier.ère.s expert.e.s, la proportion envisageant de quitter son travail est à peu près la même que celle des membres d'autres groupes professionnels (10.6%) bien que 16.4% pensent souvent à quitter leur emploi dans le domaine des soins aux personnes âgées. Il est intéressant de constater qu'aucun.e. des infirmier.ère.s expert.e.s de Suisse romande ayant répondu à notre enquête n'a songé à démissionner.

Le personnel soignant et d'accompagnement a une vision plus positive du marché du travail que le personnel travaillant dans les autres secteurs de l'EMS. Un tiers du personnel soignant et d'accompagnement affirme qu'il serait facile pour eux de trouver un nouvel emploi. Parmi eux, c'est le cas de 53.7% des infirmier.ère.s, une proportion bien plus élevée que celle des aides-soignant.e.s qualifié.e.s (19.3%). En outre, plus de la moitié (52.9%) des infirmier.ère.s expert.e.s pensent qu'ils serait facile de trouver un nouvel emploi, ce qui peut s'expliquer par leur haut niveau de qualification. A contrario, seul un cinquième des membres du personnel travaillant dans les autres secteurs de l'EMS disent qu'il leur serait facile de trouver un autre emploi (19.9%).



	Tous (n = 118)	EMS ayant réalisé l'enquête complète (n = 64)	EMS avec infirmier.ère.s expert.e.s (n = 62)	
	Personnel de soins et d'accompagne- ment (n = 4'442)	Personnel de soins et d'accompagne- ment (n = 2'484)	Membres des autres groupes professionnels (n = 1'378)	Infirmier.ère.s expert.e.s (n = 104)
	% approbation¹	% approbation¹	% approbation¹	% approbation¹
Je pense souvent à quitter mon travail.	17.4	17.4	10.3	10.6
Je vais probablement chercher un nouveau travail l'année prochaine.	14.1	14.2	8.6	5.8
En ce moment, je cherche activement un travail dans une autre institution.	7.8	8.4	5.9	4.8
Il est facile pour moi de trouver une autre place de travail.	33.4	32.4	19.9	52.9
Je pense souvent à quitter mon travail dans le domaine des soins aux personnes âgées/ma profession actuelle (par ex., pour évoluer dans un autre domaine).	21.4	21.3	9.4	16.4

¹ Pourcentage des réponses *plutôt d'accord* et *fortement d'accord*.

Tableau 41 : Intention de quitter son travail.

En comparant les résultats au sein de l'échantillon de 47 EMS ayant participé aux deux éditions de SHURP (en 2013 et 2018), le personnel soignant et d'accompagnement était moins nombreux à envisager de démissionner en 2013 (2013 : 12.0% ; 2018 : 16.2%) ou à envisager de changer de domaine de travail (2013 : 12.9% ; 2018 : 19.9%) (115), comme le montre également la Figure 33.

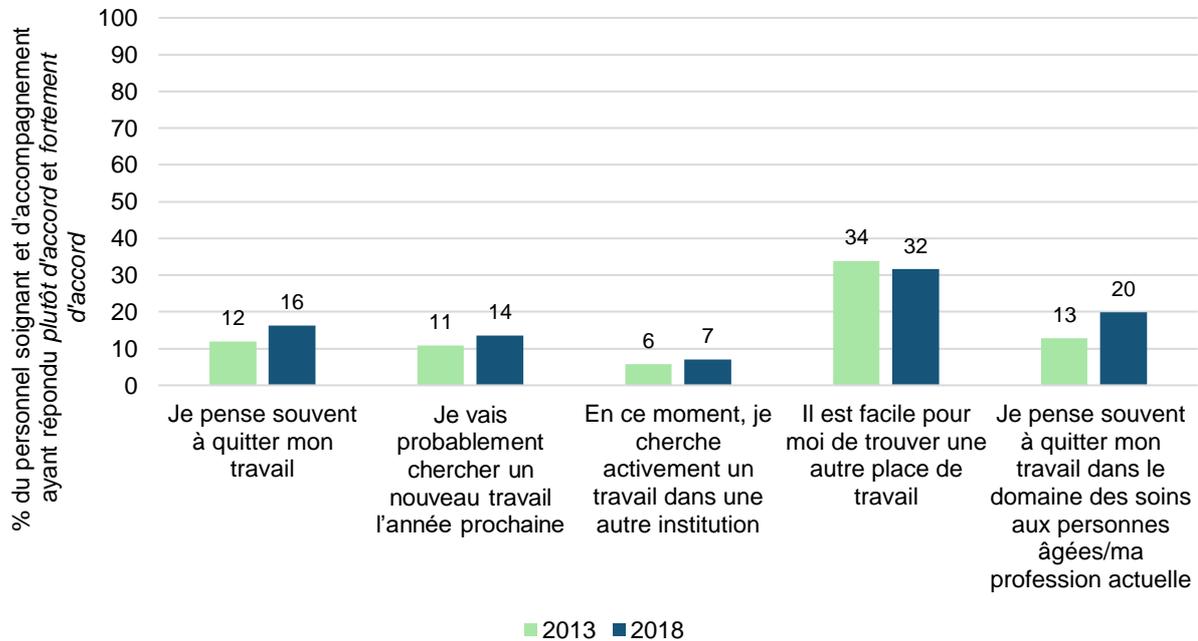
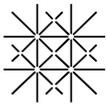


Figure 33 : Intention de quitter son travail – Comparaison entre l'échantillon commun de 2013 et 2018.

Que pourrait-on proposer au personnel soignant et d'accompagnement qui envisage de démissionner ? (155) Diverses études ont montré que l'intention de quitter son travail est associée à une plus forte insatisfaction professionnelle, à plus de burnout et à une charge de travail plus importante (117, 155-162). Pour avoir de bonnes conditions de travail, il est notamment important que le personnel ait de bonnes relations avec les résident.e.s, avec les autres collaborateurs.trices et avec la direction et les cadres de proximité (117, 156, 157, 159, 161, 162). Dans les unités où il y a peu de rotation, le personnel peut établir des relations et se soutenir mutuellement (156-159, 161, 162). Les jeunes collaborateurs.trices sont particulièrement tributaires de cette forme de soutien (156, 158). Le personnel souhaite également se développer professionnellement (117, 157, 159) et avoir un travail qui corresponde à sa situation de vie (155, 157, 159, 161). Il est utile pour la direction de connaître les préoccupations de ses collaborateurs.trices et de les soutenir car le personnel satisfait envisage moins de quitter son emploi ou de changer de domaine professionnel.

3.5.4 Compatibilité entre travail et vie familiale

La question de la compatibilité entre le travail et la vie familiale est discutée depuis les années 1960, à une époque où un nombre croissant de femmes sont entrées sur le marché du travail. Le fait que la société attende encore aujourd'hui que les femmes fournissent un travail à temps plein, à la fois au travail et à la maison, provoque des conflits ; et les attentes culturelles de notre société font que les hommes sont encore



considérés comme la source de revenus principale de la famille et leur travail est compris comme étant la priorité (163, 164). Pour les hommes, des conflits peuvent apparaître au travail lorsqu'ils souhaitent s'impliquer davantage dans leur vie de famille (165).

La productivité des collaborateurs.trices et leur engagement au travail est plus important si l'EMS favorise la conciliation du travail et de la vie familiale ; par exemple en planifiant en collaboration avec les collaborateurs.trices le planning et les vacances, en facilitant le travail à temps partiel et en ayant une attitude favorable vis-à-vis de la famille. Cela réduit également le taux de rotation et le nombre de jours de maladie (165). Ces effets ont également été montré par la recherche dans le contexte des soins de longue durée (166-168).

Les personnes interrogées ont répondu à cinq questions concernant la conciliation entre le travail et la vie privée et de famille (169). Environ un quart du personnel soignant et d'accompagnement est *plutôt d'accord* ou *d'accord* avec le fait que les exigences du travail sont un obstacle à leur vie privée et avec le fait qu'il est difficile d'assumer d'autres obligations familiales (voir Tableau 42). Il n'y a pas de différence entre les sexes, mais les collaborateurs.trices qui travaillent à plus de 80% ont plus de difficultés à s'acquitter de leurs obligations familiales.

Les personnes interrogées travaillant dans les autres secteurs de l'EMS ont montré le même schéma dans une moindre mesure : 10.9% d'entre eux sont *plutôt d'accord* ou *d'accord* avec le fait que les exigences du travail représentent un obstacle à leur de famille et 17.3% ont dû modifier leurs projets d'activités ou envies privées à cause de leurs obligations professionnelles. Les infirmier.ère.s expert.e.s sont 12.5% à 29.8%, selon les énoncés, à rapporter avoir eu des problèmes à concilier vie professionnelle et vie familiale.

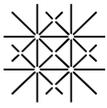
Plus d'un tiers du personnel soignant et d'accompagnement dit avoir dû modifier ses projets en dehors du travail en raison des obligations professionnelles. On peut supposer que cela est lié à des exigences opérationnelles des EMS, telles que les changements de planning, les remplacements et les heures supplémentaires, mais il vaudrait la peine d'explorer plus en détails ce à quoi ces conflits peuvent être attribués.



	Tous (n = 118)	EMS ayant réalisé l'enquête complète (n = 64)	EMS avec infirmier.ère.s expert.e.s (n = 62)		
Compatibilité entre travail et vie privée et familiale	Personnel de soins et d'accompagne- ment (n = 4'442)	Personnel de soins et d'accompagne- ment (n = 2'484)	Membres des autres groupes professionnels (n = 1'378)	Infirmier.ère.s expert.e.s (n = 104)	
	% approbation¹	% approbation¹	% approbation¹	% approbation¹	% approbation¹
Les exigences de mon travail sont un obstacle à ma vie privée et à ma vie de famille.	23.6	24.2	10.9	18.2	
Compte tenu du temps que prend mon travail, il m'est difficile d'assumer d'autres obligations de vie privée.	25.8	26.8	12.1	22.2	
Je n'arrive pas à faire les choses que j'aimerais à la maison parce que mon travail est très prenant.	23.6	23.9	12.4	29.8	
Mon travail me sollicite tellement qu'il m'est difficile d'assumer mes obligations de vie privée.	22.3	21.6	10.0	12.5	
Je suis dans l'obligation de modifier mes projets d'activités, envies privées à cause de mes obligations professionnelles.	39.4	38.6	17.3	23.1	

¹ Pourcentage des réponses *plutôt d'accord* et *d'accord*.

Tableau 42 : Compatibilité entre travail et vie privée et familiale.



3.5.5 Heures supplémentaire – Temps libre

Nous avons interrogé les participant.e.s à propos des heures supplémentaires, en leur demandant combien de fois ils/elles devaient effectuer plus de 30 minutes supplémentaires sur leur horaire de travail. La littérature montre qu'un certain nombre d'heures supplémentaires peut être lié à l'augmentation des blessures et des piqûres d'aiguilles, ainsi qu'à des problèmes musculosquelettiques (170).

Une majorité des personnes interrogées affirme faire *rarement* plus de 30 minutes de travail supplémentaire (soit moins souvent qu'*environ tous les 5 à 7 jours de travail*) (voir Tableau 43). Dans le secteur des soins et de l'accompagnement, ce chiffre est de 62.8%. Dans les autres groupes professionnels il est de 65.2%, avec cependant une dispersion allant de 45.5% pour l'administration, 45.8% pour le personnel paramédical à 72.8% pour le personnel hôtelier et à 86.5% pour le personnel de nettoyage.

Seule une minorité de personnes affirme effectuer plus de 30 minutes supplémentaires *presque à chaque horaire de travail* : 4.4% dans le secteur des soins et de l'accompagnement (avec une dispersion allant de 1.3% pour les aides-soignant.e.s qualifiées et les auxiliaires de santé non qualifiées à 9.2% pour les infirmier.ère.s) et 5.1% dans les autres groupes professionnels. En 2013, 3.1% de l'ensemble des personnes interrogées rapportait faire des heures supplémentaires *presque à chaque horaire de travail*.

	Tous (n = 118)	EMS ayant réalisé l'enquête complète (n = 64)	
	Personnel de soins et d'accompagnement (n = 4'442)	Personnel de soins et d'accompagnement (n = 2'484)	Membres des autres groupes professionnels (n = 1'378)
		%	%

Combien de fois devez-vous effectuer plus de 30 minutes supplémentaires sur votre horaire ?

presque à chaque horaire de travail	4.4	4.3	5.1
environ tous les 2 à 4 jours de travail	14.3	13.6	14.2
environ tous les 5 à 7 jours de travail	18.4	17.2	15.5
Rarement	62.8	64.8	65.2



	Tous (n = 118)	EMS ayant réalisé l'enquête complète (n = 64)		
	Personnel de soins et d'accompagnement (n = 4'442)	Personnel de soins et d'accompagnement (n = 2'484)	Membres des autres groupes professionnels (n = 1'378)	
		%	%	%
A quelle fréquence travaillez-vous pour les résident.e.s durant votre temps libre ? (% <i>parfois/souvent/toujours</i>)		23.6	22.5	-

Tableau 43 : Heures supplémentaires et temps libre – Tous le personnel.

Nous avons également demandé au personnel soignant et d'accompagnement à quelle fréquence ils travaillent pour les résident.e.s durant leur temps libre : 23.6% ont déclaré qu'ils le font *toujours*, *souvent* ou *parfois*.

À partir de combien de fois par semaine semble-il exagéré de faire des heures supplémentaires ? La réponse à cette question dépend du point de vue des personnes interrogées. Lorsqu'un membre du personnel attribue les heures supplémentaires à la mauvaise organisation de l'EMS ou est dérangé pendant son temps libre à cause de cela, même un petit nombre d'heures supplémentaires peut être considéré comme problématique. Si à l'inverse, en effectuant des heures supplémentaires, le personnel peut mener à bien des activités importantes, renforcer certaines relations ou obtenir de la reconnaissance et favoriser la cohésion d'équipe, alors le fait de faire des heures supplémentaires ne sera pas considéré aussi négativement par le personnel. Toutefois, le petit groupe de personnes qui dit travailler plus longtemps que prévu presque chaque jour mérite une attention particulière car dans ces cas-là, la charge de travail n'est pas adaptée au personnel disponible. Une charge de travail élevée est associée à de l'insatisfaction au travail et à l'intention de démissionner, comme décrit ci-dessus.

Il reste à se demander comment le personnel de soins et d'accompagnement juge le travail effectué pendant son temps libre pour les résident.e.s. Si le personnel le considère comme positif, cela peut contribuer à leur satisfaction professionnelle. Les résultats de la recherche sur le burnout (171, 172) et la résilience (173) viennent étayer cette affirmation. Si, en revanche, le travail est considéré comme pénible, cela constitue un facteur supplémentaire influençant négativement la compatibilité entre travail et vie privée.



3.5.6 Absence de longue durée – Absentéisme – Présentéisme

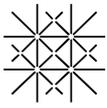
L'attention a été portée sur trois domaines autour du thème de la maladie des collaborateurs.trices au travail : les absences de longue durée au sein d'une unité et leurs remplacements, l'absentéisme des collaborateurs.trices (c.-à-d. le fait d'être absent du travail pour cause de maladie) et le présentéisme (c.-à-d. le fait d'aller travailler malgré le fait de se sentir malade et inapte au travail).

Absences de longue durée. Selon les informations obtenues par les responsables d'unité, 1.3 personne en moyenne était absente le premier jour du mois de l'enquête en raison d'absences de longue durée de huit jours ou plus, pour cause de maladie ou d'accident. Ces absences de longue durée concernent plus de la moitié des unités (58.8%). Seules 59.1% des unités concernées ont déclaré être en mesure de remplacer les absences par des ressources disponibles à l'interne (à travers le Pool ou d'autres unités), 20.9% dépendent de ressources externes telles que l'engagement de personnel temporaire et 20.1% des unités ont déclaré ne pas être en mesure de remplacer les absent.e.s. Cette situation montre à quel point les EMS sont déjà, en situation normale, fortement sous pression et aux limites de leurs possibilités pour pallier aux absences à l'interne – une situation qui s'est fortement aggravée avec la pandémie de SARS-CoV-2.

Absentéisme et présentéisme. Le personnel a répondu à deux questions sur ce sujet. Ils ont indiqué le nombre de jours où ils ont été absents du travail pour cause de maladie (absentéisme) et le nombre de jours où ils sont allés travailler alors qu'ils se sentaient malades et incapables de travailler (présentéisme) au cours des 12 derniers mois. L'échelle de réponse comportait cinq réponses et a été divisée en trois groupes : *aucun jour*, *9 jours au maximum* et *10 à 100 jours et plus*. Le personnel soignant et d'accompagnement ont des valeurs plus élevées en matière d'absentéisme et de présentéisme que les personnes interrogées d'autres groupes professionnels.

41.7% du personnel soignant et d'accompagnement et plus de la moitié (53.4%) des membres des autres groupes professionnels ne se sont jamais absentés du travail au cours de l'année précédente. Sur la base de la littérature, nous savons que lorsque les collaborateurs.trices travaillant dans le domaine de la santé se déclarent malades, ils/elles le sont réellement (174, 175). Il y a par ailleurs de nettes différences suivant le domaine d'activité : alors que, par exemple, 61.4% du personnel de cuisine n'a déclaré aucun jour de maladie, ce n'était le cas que pour 16.7% du personnel paramédical et 36.5% du personnel d'animation. Vous trouvez des données complémentaires dans la Figure 34.

Un tiers (31.9%) des membres du personnel soignant et d'accompagnement disent n'être jamais venus travailler alors qu'ils se sentaient malades et inaptes au travail ; c'est le cas de 41.2% des personnes interrogées issues d'autres groupes professionnels. Les pourcentages varient fortement entre catégories professionnelles : 31.1% du personnel d'animation, 48.5% du personnel administratif et 47.3% du personnel de nettoyage ne rapportent aucun jour de présentéisme.



Deux tiers des collaborateurs.trices ayant participé à SHURP 2018 sont même allés travailler de façon répétée alors qu'ils étaient malades, au lieu de rester à la maison. Dans le passé, cela était considéré comme positif (176) mais on sait depuis que l'absentéisme et le présentéisme ont tous les deux des effets néfastes. Lorsque les collaborateurs.trices sont absents, la charge de travail de l'équipe augmente et la qualité du travail diminue (174, 176, 177). Cependant, lorsque des employé.e.s malades viennent tout de même travailler, ils ne sont pas aptes à travailler de manière pleinement efficace, ce qui constitue une charge supplémentaire pour les autres employé.e.s et, par conséquent, la qualité du travail diminue également (174, 176, 178). De plus, le présentéisme peut retarder le bon rétablissement des employé.e.s malades (176) et, selon la maladie ou la diminution de la capacité de travail, cela peut aussi faire augmenter le risque d'événements indésirables chez les résident.e.s.

L'absentéisme et le présentéisme diminuent lorsque les collaborateurs.trices estiment que les exigences du travail sont appropriées (176, 179) et qu'il y a suffisamment de ressources dans l'équipe et dans l'institution (176, 180). Lorsque les collaborateurs.trices ont la possibilité de continuer à se former (179, 180) et que les supérieurs sont perçus positivement en tant que dirigeant.e.s, la diminution du présentéisme est également favorisée (180). La conciliation entre vie professionnelle et vie privée et familiale réduit l'absentéisme, tout comme les mesures préventives telles que la vaccination contre la grippe (176). L'absentéisme diminue également, mais le présentéisme augmente, lorsque les collaborateurs.trices ont de bonnes relations entre eux et avec les résident.e.s (174, 179, 181). Cela pourrait être dû au fait que les collaborateurs.trices ne veulent pas laisser leurs collègues et les résident.e.s dans l'embarras lorsque la charge de travail est élevée et qu'il manque du personnel. Il est donc recommandé aux cadres de favoriser des groupes de résident.e.s et des équipes stables et, en même temps, de prévoir des remplaçants pour le personnel absent pour cause de maladie (176).

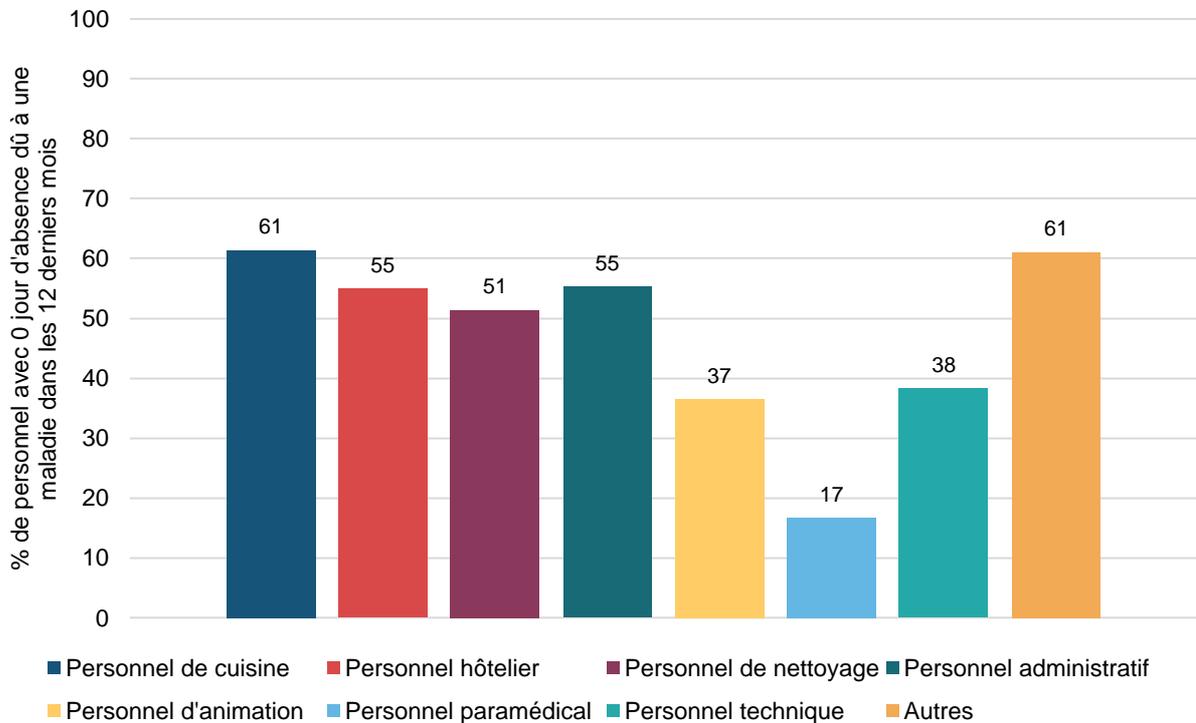


Figure 34 : Aucun jour d'absence pour cause de maladie – Autres groupes professionnels.

3.5.7 Problèmes de santé – Épuisement

Les personnes âgées en EMS ont un fort besoin en soins et en accompagnement, notamment en raison de multi-morbidités et de troubles physiques et cognitifs. En conséquence, la pression physique et psychologique sur le personnel soignant et d'accompagnement est élevée. Le personnel montre une accumulation de problèmes de santé tels que des problèmes de dos, d'épaules et cervicales ainsi que des problèmes musculosquelettiques (182). A cela viennent s'ajouter d'autres problèmes de santé tels que l'épuisement et le burnout (183).

L'enquête SHURP 2018 a interrogé le personnel sur des problèmes de santé typiques en utilisant des questions similaires à celles posées dans l'enquête suisse sur la santé de 2002 et 2007 (184). Les personnes interrogées ont indiqué la fréquence à laquelle ils ont souffert de quatre troubles spécifiques au cours des quatre dernières semaines, sur une échelle comportant trois options de réponses. Les réponses ont été regroupées en deux catégories : la première comprend la réponse *pas du tout* et la deuxième comprend les réponses *un peu* et *beaucoup*. En sus, il a aussi été demandé au personnel d'évaluer dans quelle proportion ces troubles étaient liés à leur travail (de 0% à 100%, par tranche de 20%). Les réponses ont également été regroupées en deux catégories : les réponses allant de 0% à 20% ont été comparées à celles allant de 40% à 100%.



Le thème du burnout est aussi abordé à travers deux questions basées sur le Maslach Burnout Inventory (185). L'une des questions porte sur l'épuisement, tandis que l'autre évoque le thème de la dépersonnalisation, c'est-à-dire l'absence de réactions personnelles ou émotionnelles de la part du personnel envers les résident.e.s. Les questions sur les problèmes de santé, l'épuisement et la dépersonnalisation ont été posées au personnel soignant et d'accompagnement ainsi qu'au personnel travaillant dans les autres secteurs de l'EMS ; les infirmier.ère.s expert.e.s n'ont été interrogées que sur les deux dernières thématiques. Pour l'ensemble de ces questions, il n'y a pas de différence significative dans les résultats en fonction de la région linguistique ou de la taille des EMS.

Problèmes de santé. Le personnel de soins et d'accompagnement des EMS est plus nombreux à se plaindre de problèmes de santé par rapport au personnel travaillant dans les autres secteurs de l'EMS. Pour les deux groupes, la faiblesse généralisée, la lassitude et le manque d'énergie arrivent en première place (76.2% et 62.3% respectivement), suivi par le mal de dos/reins (73.2% et 57.1% respectivement), les douleurs dans les membres ou les articulations (59.5% et 53.3% respectivement) et les difficultés à s'endormir ou les insomnies (57.7% et 45.2% respectivement) (les résultats du groupe d'EMS ayant aussi interrogé les membres des autres groupes professionnels (« enquête complète ») sont très similaires à ceux rapportés ici).

Un lien direct entre le travail et les problèmes de santé (à 40% et plus) est perçu par 73.0% du personnel soignant et d'accompagnement ; plus d'un tiers (36.4%) affirme même qu'il y a un lien à 80 % et plus. Dans les autres groupes professionnels, 55.5% du personnel établit un lien entre les problèmes de santé et le travail à 40% et plus, et 22.6% ont déclaré qu'ils y voient un lien à 80% ou plus. Par rapport aux réponses de 2013, tant les problèmes de santé que la perception du lien entre travail et état de santé ont augmenté chez le personnel soignant et d'accompagnement (voir Figure 35).

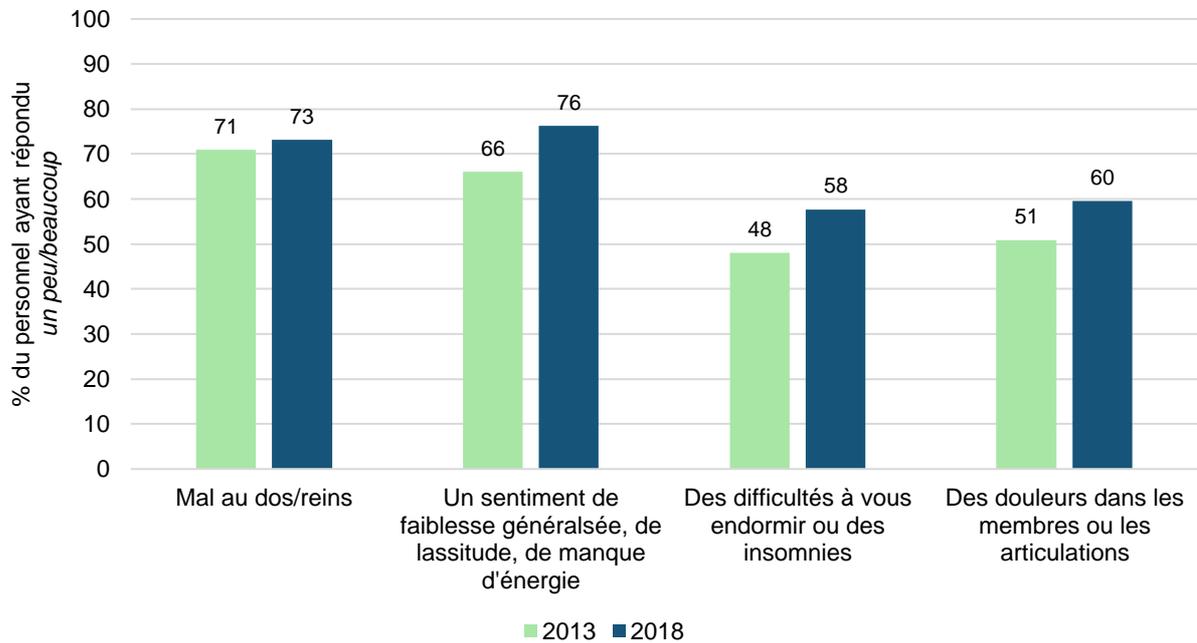


Figure 35 : Problèmes de santé – Comparaison entre l'échantillon commun de 2013 et 2018.

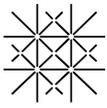
Épuisement émotionnel et dépersonnalisation. L'épuisement émotionnel est un phénomène présent dans tous les domaines d'activité. Le personnel soignant et d'accompagnement et les infirmier.ère.s expert.e.s sont respectivement 19.5% et 15.4% à déclarer qu'ils ne se sentent *jamais* épuisés émotionnellement, un pourcentage plus bas comparé aux membres des autres groupes professionnels qui le déclarent à 36.0% (voir Tableau 44).

Le phénomène de dépersonnalisation – l'impression de devenir plus distant avec les gens – est nettement moins fréquent que l'épuisement émotionnel. Ici aussi, les membres des autres groupes professionnels sont plus nombreux (72.7%) à déclarer qu'ils n'ont *jamais* vécu cela comparé au personnel soignant et d'accompagnement (57.8%) et aux infirmier.ère.s expert.e.s (63.5%). En ce qui concerne l'épuisement émotionnel, on n'observe guère de changements par rapport à 2013.



	Tous (n = 118)	EMS ayant réalisé l'enquête complète (n = 64)	EMS avec infirmier.ère.s expert.e.s (n = 62)		
	Personnel de soins et d'accompagne- ment (n = 4'442)	Personnel de soins et d'accompagne- ment (n = 2'484)	Membres des autres groupes professionnels (n = 1'403)	Infirmier.ère.s expert.e.s (n = 104)	
		%	%	%	%
Épuisement émotionnel					
Jamais		19.5	19.5	36.0	15.4
Une fois par mois ou moins		46.0	46.0	44.2	59.6
Plusieurs fois par mois jusqu'à une fois par semaine		23.3	22.9	14.0	18.2
Plusieurs fois par semaine jusqu'à chaque jour		11.3	11.5	5.8	6.8
Dépersonnalisation					
Jamais		57.8	57.7	72.7	63.5
Une fois par mois ou moins		27.8	27.7	18.7	28.9
Plusieurs fois par mois jusqu'à une fois par semaine		9.1	9.0	5.7	7.7
Plusieurs fois par semaine jusqu'à chaque jour		5.3	5.7	3.0	0.0

Tableau 44 : Épuisement émotionnel et dépersonnalisation – Tous le personnel.



Plusieurs études confirment un lien entre les conditions de travail et les problèmes de santé et d'épuisement chez le personnel travaillant dans les soins de longue durée. Les conditions suivantes ont un effet favorable sur la santé du personnel soignant : la perception que le travail est réparti entre un nombre suffisant de collaborateurs.trices, la bonne qualité du travail qui y est associée, le soutien reçu dans les situations de travail difficiles et des responsables perçus de manière positive par les collaborateurs.trices. Plus les collaborateurs.trices sont satisfaits de leur travail, plus leurs performances augmentent et plus les problèmes de santé diminuent [115, 120, 123].

Les soins de longue durée sont physiquement et mentalement exigeants (178, 183, 186). Il est donc d'autant plus important de mettre en œuvre des mesures de promotion de la santé et d'évaluer en permanence le bien-être des collaborateurs.trices. Cela s'applique également aux salariés d'autres domaines professionnels. Promotion Santé Suisse fournit des outils pour soutenir la gestion de la santé au travail, avec par exemple le Friendly Work Space Job-Stress-Analysis (187).

3.6 Responsables d'unité

3.6.1 Description des responsables d'unité

Un total de 385 questionnaires nous a été renvoyé de la part des responsables d'unité. Les femmes représentent 81.4% des responsables, les hommes 18.6%. En Suisse alémanique, les hommes sont beaucoup plus représentés dans les postes de responsables que dans les établissements de Suisse romande (D : 20.2% vs F : 8.9%). Par contre, aucune différence n'a été observée de ce point de vue-là selon la taille ou la forme juridique des EMS. Les postes à responsabilités sont principalement occupés par des personnes d'âge moyen ayant une certaine expérience professionnelle : la moitié (49.5%) de toutes les personnes interrogées a entre 46 et 60 ans (46-50 ans : 15.4% ; 51-55 ans : 19.5% ; 56-60 ans : 14.6%) et une expérience professionnelle dans les soins infirmiers en moyenne supérieure à 20 ans. En Suisse alémanique, la proportion de responsables d'unité d'âge moyen est plus importante qu'en Suisse romande alors qu'une proportion importante de personnes entre 26 et 30 ans (15.8%) et entre 31 et 35 ans (12.3%) occupe des postes à responsabilités dans les EMS romands. Les personnes en début de carrières et les personnes proches de la retraite représentent la plus petite proportion des responsables (21-25 ans : 2.3% ; >60 ans : 5.2%) ; cela est particulièrement vrai dans les petits EMS (21-25 et > 60 ans : 0.0%). En moyenne, les responsables d'unité sont responsables de 20 collaborateurs.trices et de 27 résident.e.s. Il n'y a ici pas de différences importantes selon la taille de l'EMS, la forme juridique ou la région linguistique.

3.6.2 Formation

En ce qui concerne le niveau de formation des responsables d'unité, le tableau est homogène : une importante majorité (90.9%) des responsables possède un diplôme de niveau tertiaire (HES ou université)



ou un diplôme d'une école spécialisée (ES). À ce sujet, il existe une importante différence entre les régions linguistiques (tertiaire universitaire/HES F : 70.2% vs D : 13.8% et tertiaire ES F : 15.8% vs D : 78.0%). Cela reflète des choix différents au cours du temps entre les régions linguistiques, en ce qui concerne les filières de formation à développer, avec un effet sur les parcours de formation résultants, ainsi que sur les profils d'équipe («skill and grade mix»).

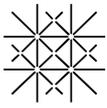
En plus de leur formation initiale, 47.1% des personnes interrogées ont déclaré avoir réalisé une spécialisation (par ex., soins palliatifs, gériatrie), et 68.0% une formation dans le domaine du management. La formation dans le domaine du management est moins répandue dans les petits EMS (53.8%), ainsi que dans les EMS de Suisse romande (F : 55.4% vs D : 70.2%). En ce qui concerne les souhaits de soutien ou de formation continue des responsables d'unité, 37.1% des responsables disent souhaiter une formation dans le domaine organisationnel, 25.2% dans le domaine interpersonnel et 21.8% dans le domaine clinique.

3.6.3 Responsabilités

Les personnes interrogées rapportent que dans le cadre de leur fonction de dirigeant.e.s, ils/elles ont un large éventail de responsabilités, avec une différenciation effectuée entre une responsabilité principale et une responsabilité partagée. Nous les avons interrogés à ce sujet et il a été constaté que les tâches relatives à la stratégie et au budget relèvent rarement de la responsabilité principale des responsables d'unité (voir Tableau 45). Les responsables d'unité sont majoritairement co-responsables pour ce type de décisions (stratégie : 53.5% ; budget : 31.6%) ou alors n'en sont pas responsables (stratégie : 37.4% ; budget : 50.1%).

Les responsabilités semblent sinon être réparties comme attendu, bien que des différences soient perceptibles selon les régions linguistiques. En Suisse alémanique, la gestion de la dotation au jour le jour (87.6%) et la planification des horaires de travail (86.6%) sont clairement identifiées comme faisant parties des responsabilités principales des responsables. En Suisse romande, ces tâches relèvent par contre moins souvent d'une responsabilité principale (respectivement, 57.1% et 45.5%) et plus souvent de co-responsabilités.

Il en va de même pour l'approche et la résolution de situations conflictuelles au sein de l'équipe : 85.5% des responsables suisses alémaniques et 51.8% des responsables romands ont indiqué que c'est une de leur responsabilité principale. Une différence linguistique existe aussi au sujet de la responsabilité de la clôture et de la vérification des évaluations des besoins en soins requis (par ex., BESA ou RAI-NH). On constate qu'en Suisse romande, 39.3% des responsables n'ont aucune responsabilité à cet égard, alors qu'en Suisse alémanique, ce n'est le cas que pour 2.8% des personnes interrogées. De plus, en Suisse alémanique, la majorité (69.0%) des personnes interrogées considèrent ce travail comme faisant partie d'une de leur responsabilité principale.



Responsabilité principale	Nombre	Tous	Suisse	Suisse
	valable n	(n = 385)	alémanique	romande
	n	% Oui	% Oui	% Oui
Prendre des décisions stratégiques pour l'établissement	374	9.1	10.0	3.7
Mener des projets liés au développement de l'institution ou soutenir l'amélioration de la qualité	377	9.0	9.0	8.9
Garantir la qualité des soins et de l'accompagnement	377	50.7	48.3	64.3
Formuler des objectifs pour l'unité et vérifier le succès de leur mise en œuvre	379	71.0	74.0	53.6
Faire respecter les standards en matière d'hygiène et de qualité	378	45.5	43.2	58.9
Développer ou mettre à jour des lignes directrices ou des processus de soins sur la base de la littérature scientifique	377	11.4	10.0	19.6
Gérer tout ou une partie du budget de l'unité	377	18.0	20.2	5.4
Planifier les horaires de travail des équipes	377	80.6	86.6	45.5
Gérer la dotation du personnel au jour le jour (par ex., organiser le remplacement si quelqu'un est malade)	379	83.1	87.6	57.1
Recruter le personnel (par ex., faire des entretiens d'embauche)	379	19.8	20.4	16.1
Introduire les nouveaux membres du personnel au travail et aux tâches	380	69.7	72.8	51.8
Guider, accompagner, motiver et évaluer les membres du personnel (y compris diriger les entretiens d'évaluation)	380	82.6	85.8	64.3
Organiser et promouvoir la collaboration interprofessionnelle	377	48.5	50.8	35.7
Aborder et résoudre des situations conflictuelles au sein de l'équipe	380	80.5	85.5	51.8



Responsabilité principale	Nombre valable n	Tous (n = 385)	Suisse	Suisse
			alémanique (n = 328)	romande (n = 57)
	n	% Oui	% Oui	% Oui
Être une personne de référence pour des questions cliniques (par ex., pour le/la médecin ou le personnel soignant)	380	64.2	66.0	53.6
Être une personne de référence pour les familles/les représentants lors de situations difficiles	380	68.9	69.4	66.1
S'occuper de résident.e.s dans des situations cliniques complexes	380	59.5	61.4	48.2
Revoir les plans de soins des résident.e.s	379	64.6	66.0	56.4
Prodiguer des soins directs aux résident.e.s	379	56.5	57.4	50.9
Clôturer/Vérifier les évaluations de soins (avec par ex., BESA, RAI-NH ou PLAISIR/PLEX)	379	63.6	69.0	32.1

Tableau 45 : Responsabilités des responsables d'unité selon la région linguistique.

3.7 Infirmier.ère.s expert.e.s

Dans le cadre de cette étude, on entend par infirmier.ère expert.e, une personne qui possède une expertise dans les soins de longue durée aux personnes âgées dans un EMS (par ex., suite à une formation telle qu'un CAS, DAS, MAS ou Master) et qui, en coopération avec l'infirmier.ère chef.fe, a des responsabilités dans le développement des pratiques cliniques, soutient la collaboration interprofessionnelle ou alors accompagne et/ou soutient le personnel (que ce soit en général ou dans un domaine spécifique comme les soins palliatifs ou la démence). Nous n'avons pas associé ce rôle à une formation de base ou à une formation continue spécifique, mais nous avons inclus des infirmier.ère.s ayant des formations variées et travaillant au minimum à 20% depuis au moins un mois dans un rôle élargi au sein de leur établissement. Le champ de compétences des infirmier.ère.s expert.e.s est large et diversifié.

Pour cette étude, le modèle d'APN d'Hamric et al. (188) a été utilisé comme base pour les questions sur les activités des infirmier.ère.s expert.e.s. Bien que les compétences de base d'une APN se réfèrent généralement aux infirmier.ère.s titulaires d'un Master of Science in Nursing (MScN), ces compétences touchent à des domaines qui sont également abordés par les infirmier.ère.s dans des rôles élargis.



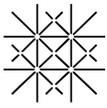
Nous avons interrogés les infirmier.ère.s expert.e.s sur différentes thématiques : champ de leur travail, horaires, données sociodémographiques, rôle, collaborations (interprofessionnelles), participation à l'amélioration de la qualité et activité relative aux indicateurs de qualité médicaux nationaux, satisfaction au travail et santé. De plus, nous avons interrogé les directeurs.trices d'établissement au sujet de certaines informations générales concernant les infirmier.ère.s expert.e.s ; informations que nous rapportons en premier ci-dessous.

3.7.1 Caractéristiques générales des infirmier.ère.s expert.e.s

Nombre d'infirmier.ère.s expert.e.s par établissement et spécialisations. Sur la base des informations données par les directeurs.trices, 72.2% des EMS emploient au moins un.e infirmier.ère expert.e. La moyenne est de 1.4 (\pm 1.5) infirmier.ère expert.e, avec plus de postes en moyenne en Suisse romande qu'en Suisse alémanique. Beaucoup de ces infirmier.ère.s expert.e.s ont un rôle clinique (81.1% au total ; F : 94.4% vs D : 77.8%) et sont spécialisés en démence (82.4%), en soins palliatifs (79.5%) et en gériatrie (71.9%). Les infirmier.ère.s expert.e.s ont également un rôle éducatif (64.4%) et de leadership (48.9%). De plus, un tiers environ est également impliqué dans le domaine de la recherche et de l'innovation ; une fonction plus répandue en Suisse alémanique qu'en Suisse romande (34.4% au total ; D : 37.5% vs F : 22.2%).

Formations initiales et continues. Nous avons aussi demandé à la direction quel était le plus haut niveau de formation des infirmier.ère.s expert.e.s travaillant pour l'EMS. En Suisse alémanique, les EMS qui ont un.e ou des infirmier.ère.s expert.e.s ont tendance à travailler avec au moins un.e infirmier.ère expert.e titulaire d'un Master ou d'un MAS, comme par exemple, un MScN (D : 31.8% vs F : 5.9%) ou un MAS (D : 46.6% vs F : 22.2%). Comparés aux établissements suisses alémaniques, les EMS romands sont plus nombreux à avoir des infirmier.ère.s expert.e.s titulaires d'un Bachelor of Science in Nursing (BscN) (F : 47.1% vs D : 31.8%), d'un CAS (F : 66.7% vs D : 31.0%) et d'un DAS (F : 38.9% vs D : 5.2%).

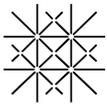
Infirmier.ère.s expert.e.s interrogé.e.s. L'objectif de l'enquête auprès des infirmier.ère.s expert.e.s est de pouvoir décrire leur rôle et leur contribution à la qualité des soins. Les critères d'inclusion pour répondre à l'enquête étaient que les infirmier.ère.s expert.e.s travaillent depuis au moins un mois à un taux de 20% dans cette fonction dans leur établissement. Au total, 104 infirmier.ère.s expert.e.s ont répondu au questionnaire, ce qui correspond à un taux de réponse de 89.7%. La majorité des personnes interrogées sont des femmes (90.2%). La plupart sont âgés de 46 à 55 ans (34.0%), suivi de 26 à 35 ans (23.3%) et de plus de 56 ans (22.4%). Cela signifie que la majorité amène dans leur travail une certaine expérience de vie et une expérience professionnelle. Les infirmier.ère.s expert.e.s travaillaient dans le domaine des soins de longue durée depuis en moyenne 6.8 ans avant de prendre cette fonction et travaillent en tant qu'infirmier.ère expert.e depuis en moyenne 5.8 ans, dont 4.1 ans dans leur établissement actuel (voir Tableau 46).



	Nombre valable n	Tous (n = 104)	Suisse alémanique (n = 77)	Suisse romande (n = 27)
Sexe : féminin (%)	102	90.2	89.3	92.6
Tranche d'âge (%)	103			
< 21 – 25 ans		0.0	0.0	0.0
26 – 35 ans		23.3	22.4	25.9
36 – 45 ans		20.4	19.8	22.2
46 – 55 ans		34.0	38.2	22.2
56 ans et plus		22.4	19.7	29.6
Expérience (MOY en nombre d'années) :				
En tant qu'infirmier.ère diplômé.e dans les soins de longue durée	102	6.8	6.8	6.4
En tant qu'infirmier.ère expert.e (au total)	104	5.8	4.6	8.2
En tant qu'infirmier.ère expert.e dans les soins de longue durée	104	4.9	4.1	6.6
En tant qu'infirmier.ère expert.e. dans cet établissement	104	4.1	3.4	5.5

Tableau 46 : Caractéristiques des infirmier.ère.s expert.e.s interrogé.e.s selon la région linguistique.

Formations de base et formations continues. En ce qui concerne la formation, un peu moins de la moitié (48.0%) a un diplôme ES, 35.0% un Bachelor (BScN) et 17.0% un Master (MScN) (voir Tableau 47 et Figure 36). De plus, 49.4% des personnes interrogées sont titulaires d'un CAS, 8.2% d'un DAS et 23.5% d'un MAS. Ces données montrent clairement la diversité des parcours éducatifs menant au rôle d'infirmier.ère expert.e. Les CAS sont principalement réalisés dans les domaines des soins palliatifs (17.9%), de la gérontopsychiatrie et de la psychogériatrie (17.9%) et de la formation pour adultes (10.7%). Les diplômes de DAS sont principalement axés sur la psychiatrie gérontologique et la psychogériatrie. En ce qui concerne les 20 diplômé.e.s d'un MAS, le domaine principal concerne la gérontologie (55.6%), puis viennent, avec un nombre nettement inférieur, les soins palliatifs (16.7%) et la gériatrie (5.6%). De plus, 88.9% ont déclaré avoir suivi une formation post-diplôme de niveau I, et 11.1 % une formation post-diplôme de niveau II (ces formation-là n'étant cependant proposées qu'en Suisse alémanique).



	Nombre valable n	Tous (n = 104)	Suisse alémanique (n = 77)	Suisse romande (n = 27)
		% Oui	% Oui	% Oui
Qui est votre supérieur direct ?				
Le/la directeur.trice de l'établissement	104	29.8	24.7	44.4
Le/la responsable des soins	104	68.3	68.8	66.7
Le/la médecin	104	2.9	2.6	3.7
Autre	104	26.9	28.6	22.2
Quel est votre plus haut niveau de formation ?				
	100			
Diplôme en soins infirmiers (ES)		48.0	48.6	46.2
Bachelor en soins infirmiers, BSc in Nursing (BScN)		35.0	31.1	46.2
MSc en sciences infirmières (MScN)		17.0	20.3	7.7
Êtes-vous au bénéfice d'une des formations continues suivantes ?				
	85			
Certificate of Advanced Studies		49.4	36.1	83.3
Diploma of Advanced Studies		8.2	6.6	12.5
Master of Advanced Studies		23.5	32.8	0.0

Tableau 47 : Encadrement et formation de base et continue des infirmier.ère.s expert.e.s selon la région linguistique.

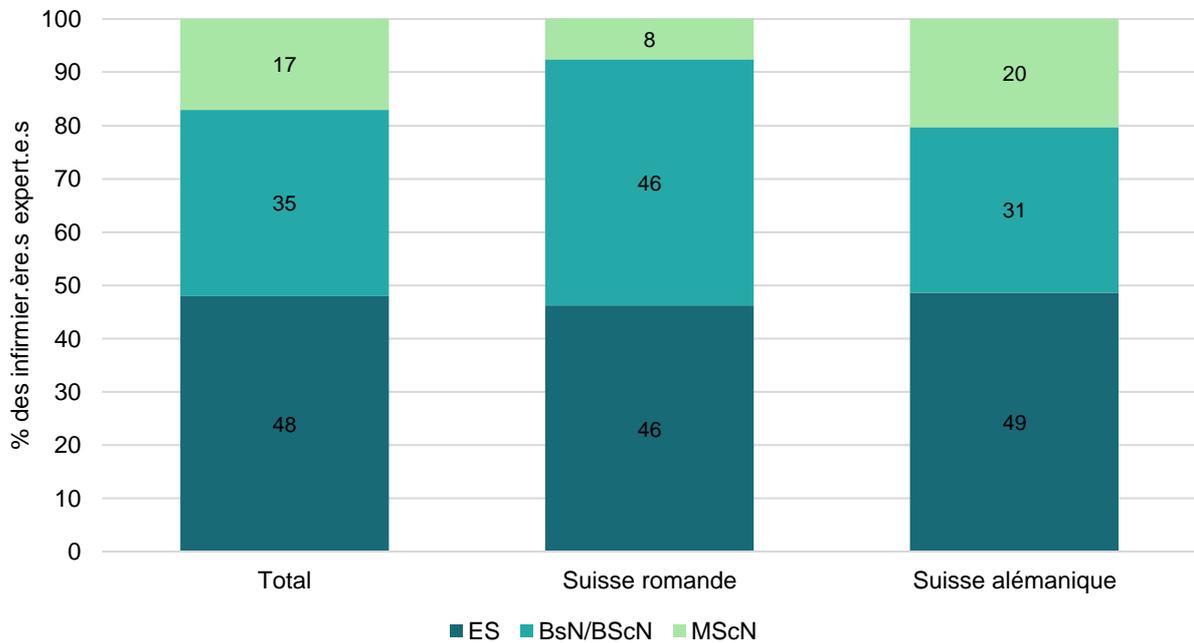


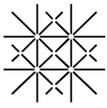
Figure 36 : Le plus haut niveau de formation des infirmier.ère.s expert.e.s.

3.7.2 Taux d'activité et horaires de travail

Parmi les personnes interrogées, 83.8% travaillent dans un seul établissement, 11.1% dans deux et 5.1% dans trois. Nous avons explicitement posé des questions au sujet des différents établissements et pas seulement au sujet des différents sites d'une même institution. Le taux d'activité comme infirmier.ère expert.e est en moyenne de 65.8% (± 25.6). 38.5% des personnes interrogées travaillent en parallèle et en complément dans un autre rôle, en moyenne à 33.1% (± 26.0). Les infirmier.ère.s expert.e.s sont responsables en moyenne de 4.1 (± 3.2) unités et de 83.6 (± 57.2) résident.e.s dans l'ensemble des établissements où ils/elles travaillent. Ils/elles sont en contact direct en moyenne avec 14.7 (± 13.3) résident.e.s par jour, ce qui représente 11.8% du total des résident.e.s dont ils/elles sont responsables. Le/la supérieur direct est majoritairement le/la responsable des soins (68.3%), suivi du/de la directeur.trice de l'établissement (29.8%) et enfin d'une autre personne dans 26.9% des cas. Seul 2.9% des personnes interrogées ont pour supérieur direct un.e médecin.

3.7.3 Rôles et compétences

Dans l'ensemble, les trois quarts des infirmier.ère.s expert.e.s se considèrent comme *performant.e.s* ou *expert.e.s* dans leur rôle, et personne ne s'évalue comme *novice* selon les niveaux de compétence de la théorie de Benner (189) (voir Tableau 48). Les personnes qui se considèrent comme des *expert.e.s* comprennent les situations de manière intuitive, appréhendent les problèmes directement,

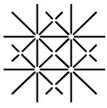


agissent sur la base d'une compréhension profonde de la situation globale, peuvent percevoir et reconnaître les nuances et peuvent évaluer ce qui est faisable. En outre, les infirmier.e.s expert.e.s rapportent qu'ils/elles ont confiance en eux/elles dans leur rôle d'infirmier.ère expert.e à 82.2% (sur une échelle de 0 = *très peu confiant* à 100 = *très confiant*).

La majorité des infirmier.ère.s expert.e.s ont un rôle clinique, de leadership ou un rôle éducatif. Seuls 38.2% ont également un rôle de recherche. En Suisse romande, le rôle clinique est plus répandu qu'en Suisse alémanique : tous/toutes les infirmier.ère.s expert.e.s y assument ce rôle, alors qu'en Suisse alémanique, 10.5% des personnes interrogées rapportent n'avoir aucun rôle clinique (*rarement* ou *jamais*). Il est intéressant de noter que ce sont surtout les infirmier.ère.s expert.e.s de Suisse alémanique avec un BScN qui n'exercent que *rarement* ou *jamais* de rôle clinique.

Globalement, 11.8% des infirmier.ère.s expert.e.s ont déclaré qu'elles travaillent *souvent* ou *très souvent* en dehors de leur domaine de compétence, alors que c'est le cas pour un tiers des infirmier.ère.s expert.e.s de Suisse romande. Au total, 79.2% des infirmier.ère.s expert.e.s sont responsables de domaines cliniques spécifiques dans leur établissement. Les trois priorités cliniques les plus fréquemment mentionnés sont la démence (55.8 %), les soins palliatifs (44.2 %) et la gériatrie (32.7%).

	Nombre valable n	Tous (n = 104)	Suisse alémanique (n = 77)	Suisse romande (n = 27)
	n	%	%	%
Comment évaluez-vous votre propre expertise en tant qu'infirmier.ère expert.e ?	101			
Novice		0	0	0
Débutant.e		5.0	2.7	11.5
Compétent.e		19.8	22.7	11.5
Performant.e		35.6	33.3	42.3
Expert.e		39.6	41.3	34.6
Dans quelle mesure avez-vous confiance en vous même dans votre rôle ? (MOY sur une échelle de 0 à 100)	102	82.2	83.3	78.9
A quelle fréquence assumez-vous les rôles suivants dans votre travail au quotidien (% <i>souvent/très souvent</i>)				



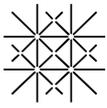
	Nombre valable n	Tous (n = 104)	Suisse alémanique (n = 77)	Suisse romande (n = 27)
	n	%	%	%
Rôle clinique	103	70.8	64.5	88.9
Rôle de leadership	104	65.4	61.1	77.8
Rôle éducatif	104	73.1	68.9	85.1
Rôle de recherche, d'innovation	102	38.2	34.6	48.1
A quelle fréquence êtes-vous consulté.e par les autres soignant.e.s pour faire une évaluation clinique ? (% <i>souvent/très souvent</i>)	103	69.9	67.1	77.7
Au sein de votre établissement, êtes-vous responsable de domaines cliniques principaux ? (% <i>oui</i>)	101	79.2	78.4	81.5
A quelle fréquence travaillez-vous en dehors de votre champ de compétences ? (% <i>souvent/très souvent</i>)	102	11.8	5.2	30.8

Tableau 48 : Rôles et compétences des infirmier.ère.s expert.e.s selon la région linguistique.

3.7.4 Collaboration

Parmi différents groupes professionnels, les infirmier.ère.s expert.e.s considèrent que la collaboration avec les infirmier.ère.s et le personnel de soins ou d'accompagnement avec un certificat fédéral de capacité CFC est la meilleure (100.0% et 97.2% respectivement la jugent *plutôt bonne* ou *très bonne*) (voir Tableau 36). De même, une proportion élevée de 97.1% décrit la collaboration avec le/les responsable.s des soins comme *plutôt bonne* ou *très bonne* et une proportion légèrement plus faible juge la collaboration avec la direction également *plutôt bonne* ou *très bonne* (93.9%). Dans les petits établissements, la collaboration avec la direction a même été jugée *très bonne* par 81.2% des personnes interrogées, alors que dans les grands établissements, ce n'est le cas que pour un peu moins de la moitié (51.2%) des personnes interrogées.

En ce qui concerne le personnel paramédical (par ex., physiothérapeutes), 90.4% des infirmies.ère.s expert.e.s qualifient la coopération de *plutôt bonne* ou *très bonne*. Une différence existe cependant selon les régions linguistiques : 96.3% des personnes interrogées la jugent bonne en Suisse romande alors que ce n'est le cas que de 88.0% en Suisse alémanique. Finalement, 90.0% des infirmier.ère.s expert.e.s travaillant dans de grands EMS et 95.3% dans des EMS de taille moyenne considèrent que la collaboration



avec les médecins est globalement bonne ; cependant, aucun des infirmier.ère.s expert.e.s d'un petit établissement ne l'a jugée *très bonne* (0.0%), tandis que 25.0% l'ont jugée *plutôt mauvaise* ou *très mauvaise*. Les résultats sont présentés dans le Tableau 36 et la Figure 37.

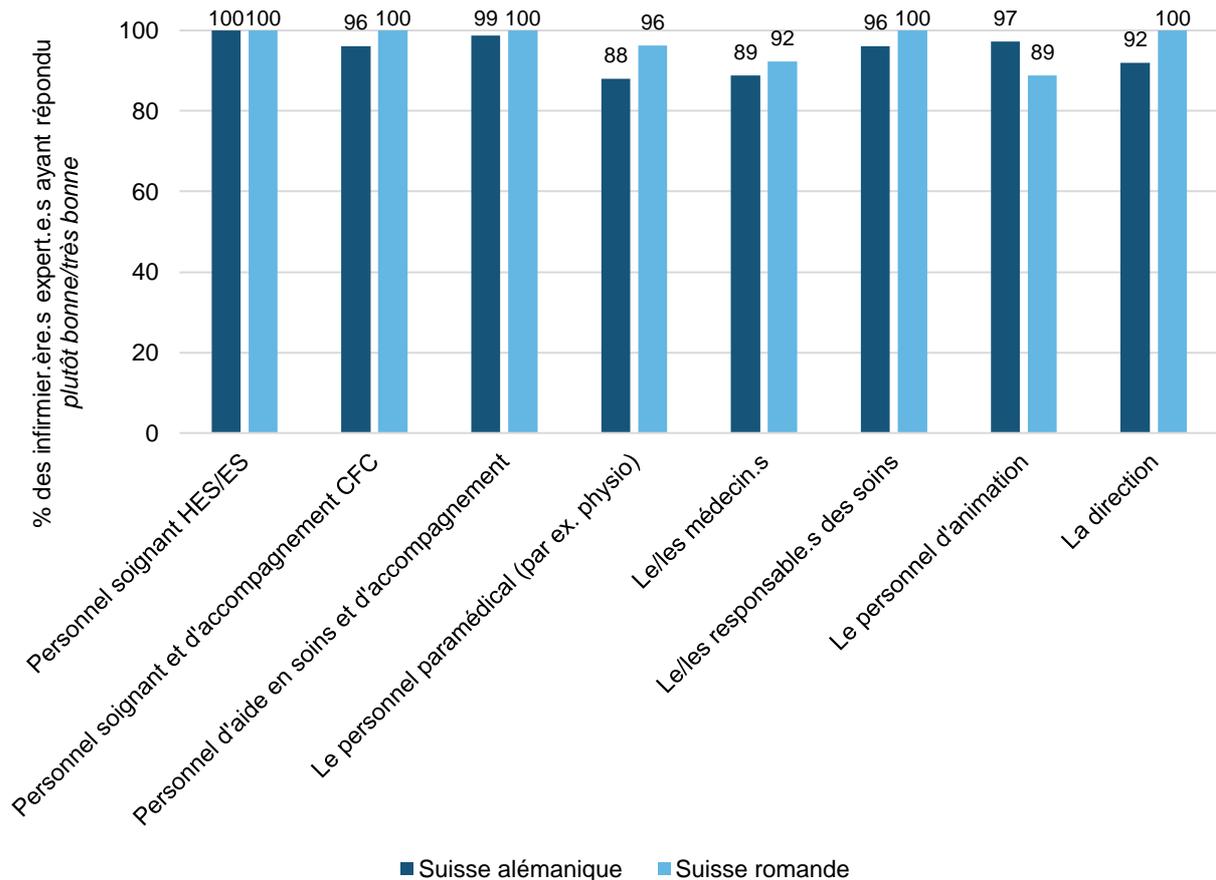


Figure 37 : Qualité de la collaboration avec divers groupes professionnels selon les infirmier.ère.s expert.e.s.

3.7.5 Effets positifs du rôle des infirmier.ère.s expert.e.s

Au niveau des résident.e.s et de leurs proches. Il a été demandé aux infirmier.ère.s expert.e.s de citer les trois effets positifs les plus importants de leur rôle pour les résident.e.s et leurs proches. L'effet le plus souvent mentionné est le renforcement de la communication qui comprend des discussions interdisciplinaires, ainsi que des discussions avec les proches et les résident.e.s. Un autre effet important souvent cité est l'amélioration de la qualité des soins et l'amélioration de la qualité de vie des résident.e.s, où sont notamment mentionnés le traitement de la douleur et des plaies, ainsi que l'aide fournie lors des transitions (par ex., du domicile à l'EMS ou au retour de l'hôpital). La planification anticipée du projet thérapeutique (ACP) et des soins de fin de vie («end-of-life care») a également été mentionnée comme un



effet participant à l'amélioration de la qualité de vie ; tandis que l'amélioration de la sécurité des résident.e.s et l'accompagnement de la pratique clinique ont été mentionnés comme améliorant la qualité des soins. Cette perception des infirmier.ère.s expert.e.s se retrouve également dans la littérature : la présence d'APN dans les EMS améliore l'état de santé et la qualité de vie des résident.e.s et la satisfaction des proches quant aux soins reçus augmente (190).

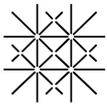
Équipe soignante. Les infirmier.ère.s expert.e.s ont également nommé les trois effets positifs les plus importants en lien avec leur rôle pour l'équipe soignante. Les infirmier.ère.s expert.e.s fournissent avant tout un soutien, des conseils et un encadrement (coaching) aux équipes dans des situations (complexes) liées aux résident.e.s. Ce sont des interlocuteurs.trices privilégiés du fait de leur expertise et ils/elles donnent confiance aux équipes dans leur travail. De plus, les infirmier.ère.s expert.e.s agissent comme personne de référence dans la coordination interdisciplinaire et aident à développer des postures de base. Ce rôle de soutien et de conseil se retrouve également à plusieurs reprises dans la littérature sur l'utilisation des infirmières dans des rôles avancés (191, 192).

3.7.6 Développement des soins et amélioration de la qualité

Développements conceptuels. Il n'y a que peu d'infirmier.ère.s expert.e.s (10.8%) qui n'assument pas la responsabilité du développement, de la mise en place, de la vérification et/ou de l'adaptation de standards de pratique/lignes directrices; 87.4% sont impliqués dans l'élaboration des concepts et 83.3% dans l'évaluation. En Suisse romande, 73.1% des infirmier.ère.s expert.e.s déclarent effectuer un tel travail conceptuel, un pourcentage clairement inférieur à celui déclaré par les infirmier.ère.s expert.e.s en Suisse alémanique (94.7%).

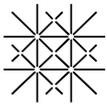
Activités liées à l'amélioration de la qualité. Dans le domaine de l'amélioration de la qualité, la mise en œuvre d'interventions ou de programmes (90.3%), l'accompagnement du personnel dans des situations de travail (87.5%) et le traitement des plaintes des résident.e.s ou de leurs proches (72.1%) sont des activités fréquemment réalisées par les infirmier.ère.s expert.e.s dans les deux régions linguistiques. Par ailleurs, près de deux fois plus d'infirmier.ère.s expert.e.s suisse alémaniques (D : 89.6% vs F : 48.1%) déclarent mener des études de cas. Ces infirmier.ère.s expert.e.s donnent également des formations aux équipes (D : 89.5% ; F : 53.8%), du feedback aux équipes sur la qualité des soins offerts par l'établissement (D : 81.8% ; F : 51.9%) et participent à la définition d'objectifs qualité pour l'EMS ou pour des unités spécifiques (D : 80.5% ; F : 66.7%). En outre, les infirmier.ère.s expert.e.s comparent également les résultats de l'EMS avec des objectifs de qualité définis au préalable (D : 76.6% ; F : 40.7%) et interprètent les résultats des enquêtes de qualité (D : 78.9% ; F : 29.6%).

Sur la base de ces résultats, il est avéré que les infirmier.ère.s expert.e.s de Suisse romande sont moins impliqués dans les activités liées à l'amélioration de la qualité que leurs collègues suisse alémaniques. De



manière générale, les infirmier.ère.s expert.e.s sont moins impliqués dans l'organisation et la mise en œuvre d'enquêtes (par ex., de satisfaction) et dans la présentation graphique des résultats d'enquêtes de qualité que dans le reste des activités liées à l'amélioration de la qualité. D'autres activités dans le domaine de l'amélioration de la qualité sont présentées dans le Tableau 49.

Avez-vous été impliqué.e dans les activités suivantes visant à l'amélioration de la qualité ?	Nombre valable n	Tous (n = 104)	Suisse alémanique (n = 77)	Suisse romande (n = 27)
	n	% Oui	% Oui	% Oui
Fixer des objectifs qualité pour l'établissement ou pour des unités spécifiques	104	76.9	80.5	66.7
Comparer les résultats de l'établissement ou d'unités spécifiques avec des objectifs préalablement fixés	104	67.3	76.6	40.7
Préparer/effectuer un benchmarking externe	104	42.3	49.4	22.2
Préparer/effectuer un benchmarking interne/suivi de la qualité	103	59.2	67.5	34.6
Développer des diagrammes ou des graphiques pour représenter les résultats d'enquêtes de qualité	104	40.4	44.2	29.6
En particulier, travailler avec				
Histogramme ou diagramme de Pareto	40	95.0	100	71.4
Diagramme linéaire	38	55.3	54.8	57.1
Interpréter les résultats d'enquêtes de qualité	103	66.0	78.9	29.6
Donner des retours à l'équipe sur la qualité des soins offerts par l'établissement	104	74.0	81.8	51.9
Participer à la planification stratégique de l'établissement	103	61.2	64.5	51.9
Mettre en œuvre une intervention, un programme ou un projet d'amélioration de la qualité	103	90.3	94.7	77.8
Conduire/effectuer des études de cas	104	78.8	89.6	48.1



Avez-vous été impliqué.e dans les activités suivantes visant à l'amélioration de la qualité ?	Nombre valable n	Tous (n = 104)	Suisse alémanique (n = 77)	Suisse romande (n = 27)
	n	% Oui	% Oui	% Oui
Accompagner le personnel soignant lors de situation de travail	104	87.5	89.6	81.5
Proposer des modules/des formations pour l'équipe :				
Que vous avez donnés vous-même	102	80.4	89.5	53.8
Que vous avez organisés	102	62.7	66.7	51.9
Traiter les déclarations d'incident critiques (CIRS)	103	48.5	57.1	23.1
Organiser/effectuer des enquêtes concernant la satisfaction au travail du personnel	104	37.7	31.2	37.0
Organiser/effectuer des enquêtes concernant la satisfaction des résident.e.s	104	37.5	37.7	37.0
Traiter les plaintes des résident.e.s ou de leurs proches	104	72.1	70.1	77.8

Tableau 49 : Activités des infirmier.ère.s expert.e.s liées à l'amélioration de la qualité selon la région linguistique.

Les infirmier.ère.s expert.e.s ont été interrogés sur six méthodes d'amélioration de la qualité et sur leur utilisation au quotidien. La méthode la plus fréquemment utilisée par les infirmier.ère.s expert.e.s suisses alémaniques est l'analyse de cause racine (78.4%), alors que cette méthode n'est pas utilisée du tout en Suisse romande (0.0%); comme c'est également le cas pour l'utilisation du système de production Lean/Lean Management (25.0% vs 0.0%). Le cycle «Planification, Exécution, Étude, Action» (PDSA : Plan-Do-Study-Act en anglais) est mentionné comme méthode par 21.7% des infirmier.ère.s expert.e.s romandes et par 49.3% des suisses alémaniques.

4 Discussion

SHURP 2018 offre une perspective globale sur les EMS en Suisse alémanique et en Suisse romande en mettant l'accent sur la qualité des soins prodigués. Plusieurs sujets ont été examinés pour la première fois sous cette forme en Suisse, comme par exemple, la description de différentes perspectives sur les indicateurs de qualité ou la description des caractéristiques des responsables d'unité et des infirmier.ère.s



expert.e.s. Nous traitons dans cette discussion des thèmes clés dont les résultats ont été particulièrement frappants, mais aussi des thèmes qui n'avaient pas encore fait l'objet d'une enquête en Suisse ou qui présentent des différences par rapport aux résultats de SHURP en 2013.

Les deux enquêtes SHURP de 2013 et 2018 permettent d'observer les effets de changements qui ont eu naturellement lieu au fil du temps. Parmi les changements que le secteur a connu au cours de cette période, on relèvera par exemple l'introduction de la loi sur la protection de l'enfant et de l'adulte en 2013, l'introduction de nouveaux indicateurs médicaux nationaux de qualité en 2018 et la mise en œuvre des stratégies nationales en matière de démence et de soins palliatifs. L'introduction des DRG (Diagnosis Related Groups) pour le financement des hôpitaux en 2012 a eu également un impact sur les EMS, tout comme les négociations tarifaires sur la facturation des prestations accessoires avec tarifsuisse sa et leurs effets subséquents.

Lors des rencontres régionales, où nous avons discuté avec les EMS des résultats de l'enquête avant l'élaboration du rapport final, les établissements ont rapporté une augmentation de la complexité de la situation des résident.e.s, une implication croissante des proches, ainsi que, par exemple, une augmentation des exigences externes et du travail administratif. Nous ne sommes cependant pas en mesure d'établir des relations de cause à effet pour les changements que nous constatons en comparant les données de 2013 et de 2018. Toutefois, des tendances évidentes dans certains domaines indiquent un besoin d'action rapide comme nous le mettons en évidence ci-après au travers de quelques résultats choisis.

Indicateurs de qualité. De manière générale, les établissements participants font un bon travail dans le domaine des indicateurs de qualité nationaux. Par exemple, dans le domaine de la malnutrition, les résultats sont bons – 4.2% des résident.e.s souffrent de malnutrition selon l'indicateur de qualité –, alors que les données rapportées au niveau international se situent entre 6% et 15% selon les études (193). Au niveau opérationnel, les EMS disposent d'infrastructures qui soutiennent les résident.e.s souffrant de malnutrition, telles que du personnel spécialisé dans l'alimentation des personnes âgées, un environnement de repas agréable ou des aides adaptées. De même, les structures et les processus existants favorisent, par exemple, une bonne gestion des douleurs et des mesures limitant la liberté de mouvement : par exemple, des lignes directrices sont disponibles et une expertise spécialisée est accessible en cas de besoin.

Malgré ces bons résultats, il existe aussi un potentiel d'amélioration dans différents EMS : dans le domaine de la douleur, il faudrait d'avantage développer l'utilisation d'instruments pour évaluer l'intensité de la douleur; les instruments pour l'évaluation de la douleur par les tiers (c'est-à-dire par le personnel) sont notamment encore peu utilisés. De plus, l'offre de mesures non-médicamenteuses pourrait être élargie pour prendre en charge les dimensions bio-psycho-sociales et spirituelles de la douleur, afin de mettre en place une approche multidimensionnelle du traitement de la douleur.



La problématique est plus importante en ce qui concerne le domaine de la polymédication : une proportion considérable de résident.e.s (44.3%) est concernée par ce problème, et il existe une forte dispersion entre les résultats des établissements, avec un pourcentage de résident.e.s polymédiqués qui va de 21.9% à 69.0% selon les EMS. Les problèmes se situent à différents niveaux, à commencer par le manque de dispositifs permettant de compter de manière fiable le nombre de substances actives par résident.e, l'absence de revues régulières de la médication ou encore la perception de près de 30% du personnel que les résident.e.s reçoivent plus de médicaments que nécessaire.

La polymédication est une problématique interprofessionnelle, même si le droit de prescription des médicaments appartient aux médecins. Peu d'établissements imposent des exigences aux médecins avec qui ils collaborent en ce qui concerne le choix des médicaments. Cela peut s'expliquer, entre autres, par le fait que 89.9% des EMS travaillent avec des médecins traitants. En moyenne, les EMS travaillent avec 15 médecins traitants différents, ce qui rend difficile une procédure uniforme et une amélioration ciblée de la qualité sur des questions pour lesquelles les médecins seraient des partenaires essentiels. Pour les EMS, il est difficile d'obtenir l'adhésion de tous les médecins traitants, et du point de vue de ces dernier.ère.s, il convient de noter qu'ils traitent probablement des résident.e.s dans plusieurs établissements et sont donc confrontés à une variété de directives. Néanmoins, la collaboration échoue parfois dès la communication au sujet des prescriptions existantes : seulement environ 60% du personnel soignant déclare que leurs suggestions au sujet des médicaments sont suffisamment prises en compte par les médecins.

Avec la complexité croissante des situations de soins dans les EMS, il est nécessaire de repenser l'implication des médecins dans les soins de longue durée. Il serait notamment positif de promouvoir la formation et l'emploi de médecins spécialisés dans les soins de longue durée aux personnes âgées, comme c'est déjà le cas par exemple aux Pays-Bas. Il serait également pertinent de promouvoir davantage le système de médecins répondants, ainsi qu'il existe dans certains cantons en Suisse, notamment en Suisse romande. Dans ce sens, des normes nationales de collaboration entre les médecins traitants et les EMS, élaborées conjointement par les intéressés, pourraient «ouvrir la voie» à des prestations de soins plus adéquates, en suffisance et permettant, par exemple, de réduire les hospitalisations évitables et d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées.

Il convient de noter que les quatre domaines de mesure des indicateurs de qualité que sont les mesures limitant la liberté de mouvement, la douleur, la malnutrition et la polymédication ne donnent pas une image complète de la qualité des soins dans un EMS. Même si chaque thème est directement lié à la qualité de vie des résident.e.s, ils ne donnent qu'un aperçu partiel de la situation. De nombreuses activités bien menées et qui favorisent une bonne qualité des soins et une bonne qualité de vie, ainsi que d'autres problématiques qui demandent des interventions, restent invisibles avec les quatre indicateurs de qualité actuels.



Hospitalisations. Les EMS interrogés ont enregistré une moyenne de 1.34 hospitalisations pour 1'000 jours de résidence au cours des 12 derniers mois, un résultat similaire à ceux rapportés au niveau international. Il existe de grandes différences entre les EMS (dispersion : 0.23 à 13.91 hospitalisations/1'000 jours de résidence). Du point de vue des établissements, ce sont surtout des aspects liés à la disponibilité des médecins et des soins médicaux ainsi qu'à la collaboration avec les médecins qui ont été cités comme des facteurs conduisant à des hospitalisations. Les responsables d'unité ont particulièrement mentionné le manque de familiarité des médecins couvrant les nuits ou les week-ends avec la situation des résident.e.s (d'après 44.7% des responsables d'unité) et un manque d'accessibilité rapide aux médecins (d'après 34.7% des responsables). Ici aussi, le système médical – caractérisé majoritairement par une organisation multilatérale de collaboration avec de nombreux médecins traitants – joue un rôle. La littérature a montré que l'implication d'un nombre plus restreint de médecins et la présence accrue de médecins sur place sont associés à une meilleure qualité des soins (194). L'étude INTERCARE (81, 195), conduite par l'INS, a également constaté que les EMS ayant un système de médecins traitants multiples avaient plus souvent du mal à joindre le médecin traitant responsable la nuit et le week-end. Les équipes de médecins mobiles ou les médecins urgentistes qui sont alors appelés à intervenir se prononcent généralement plus rapidement en faveur d'une hospitalisation.

Face à ces constats, de nouveaux modèles de soins sont nécessaires afin d'augmenter l'accès de l'EMS à l'expertise gériatrique et permettre ainsi un traitement plus rapide sur place. Il est également important d'aider les équipes de soins à identifier les changements de santé des résident.e.s à un stade précoce et à réagir en conséquence, afin de pouvoir faire face aux détériorations de l'état de santé des résident.e.s et ainsi prévenir des hospitalisations évitables. Le projet INTERCARE (<https://intercare.nursing.unibas.ch/fr/>) propose un modèle de soins qui repose sur l'utilisation d'infirmier.ère.s dans des rôles élargis, afin de soutenir et d'encadrer les équipes de soins dans la gestion de situations complexes liées aux résident.e.s. Ceci dans la perspective de renforcer les compétences de l'équipe et de fournir un leadership clinique si nécessaire. Cette organisation des soins permet également le renforcement des soins médicaux, dans le cas où, par exemple, l'administration d'antibiotiques par voie intraveineuse pour une pneumonie permettrait à un.e résident.e de rester en EMS.

Les hospitalisations sont un événement multifactoriel et divers facteurs interagissent pour déterminer si une hospitalisation aura lieu ou non. Un aspect qui ressort de l'enquête SHURP 2018 est la nécessité de clarifier avec les résident.e.s et leurs proches leurs souhaits et leurs préoccupations dans le cas où les résident.e.s ne seraient plus capables de discernement suite à une détérioration de leur état de santé. Si l'existence de directives anticipées est assez bien établie selon les responsables d'unité (71.5% affirment qu'ils clarifient cet aspect à l'admission), il y a encore du retard en termes de planification anticipée du projet thérapeutique. Alors que 69.8% des responsables d'unité déclarent que la volonté au sujet de la réanimation est clarifiée, seuls 57.4% affirment que c'est le cas concernant les hospitalisations et 27.0% disent aborder le sujet de la sédation en cas de maladie à un stade avancé et de durée de vie limitée du/de la résident.e. Les



discussions sur ces sujets devraient faire partie du processus d'entrée en EMS, et les résident.e.s et leurs proches devraient être invités et accompagnés dans cette réflexion. Une discussion approfondie permet en effet, en clarifiant les souhaits, de garantir que les résident.e.s recevront le traitement qui correspond à leurs préférences.

En Suisse, des efforts sont faits dans ce sens dans le cadre de la stratégie nationale en matière de soins palliatifs et dans le cadre général national sur la planification anticipée concernant la santé (196). Le défi pour les EMS est de trouver, d'une part, un format pour que la planification anticipée du projet thérapeutique soit appropriée au contexte des soins de longue durée et d'autre part, de mettre en place le personnel formé correspondant qui puisse mener ces discussions.

Gestion de la qualité. Le développement de la qualité revêt une grande importance dans les EMS interrogés. La plupart des établissements disposent, par exemple, d'un système permettant au personnel de signaler les erreurs ; la moitié ont un label de qualité et deux tiers sont régulièrement audités. Environ 80% des EMS mettent en place un développement de la qualité orienté sur les données et basé sur des indicateurs de qualité, et environ 70% mènent régulièrement des enquêtes auprès du personnel et ont mis en œuvre un projet d'amélioration de la qualité au cours des deux dernières années. De même, environ 85% des unités procèdent à des études de cas.

La culture de l'erreur dans les EMS mérite quant à elle d'être encore développée. Seuls deux tiers du personnel soignant et d'accompagnement pensent que les erreurs sont traitées de manière appropriée ou qu'il est facile de parler des erreurs. La moitié des établissements donnent la possibilité de signaler les erreurs de manière anonyme, ce qui est plus difficile pour les petits EMS. Il serait ainsi pertinent de disposer d'un réseau régional ou national (par ex., le Critical Incident Reporting System (CIRS) pour les établissements de longue durée, similaire à celui pour les cabinets médicaux) pour que les petits EMS puissent également apprendre de leurs erreurs de manière anonyme. L'échange d'informations sur les erreurs et le processus d'apprentissage qui en résulte est un élément central du développement de la qualité, et c'est un élément important pour une organisation apprenante.

Infirmier.ère.s expert.e.s. Les infirmier.ère.s expert.e.s sont au cœur du développement des soins et de la pratique dans les EMS. Ainsi, 72% des EMS participants emploient au moins un.e infirmier.ère expert.e avec des profils différents. Ces infirmier.ère.s ont un large éventail de niveaux d'éducation, allant d'un diplôme ES, à un Bachelor HES jusqu'au niveau Master, bien que ces dernier.ère.s soient nettement plus rares. C'est avant tout l'expérience professionnelle et de vie qui semble être centrale dans l'exercice de ce rôle. Les infirmier.ère.s expert.e.s ont souvent une spécialisation dans les soins palliatifs, la gérontopsychiatrie ou la démence et possèdent un diplôme de formation continue correspondant de niveau CAS, DAS ou MAS.



Leur rôle consiste principalement à améliorer la qualité des soins, à promouvoir l'interprofessionnalité et la collaboration avec les résident.e.s et leurs proches, ainsi qu'à encadrer et à conseiller les équipes de soins. Ce sont les personnes sur le terrain qui mettent directement en œuvre les projets d'amélioration de la qualité. Comme indiqué plus haut, dans le projet INTERCARE, l'étude de l'introduction en EMS d'infirmier.ère.s ayant des rôles élargis a non seulement montré qu'il était possible de réduire avec succès les hospitalisations non planifiées, mais l'analyse du contexte a aussi mis en évidence qu'il y avait une pluralité de modèles possibles concernant le développement du rôle de ces infirmier.ère.s expert.e.s. De plus amples informations sur la mise en place de modèles de soins qui incluent le renforcement de l'expertise gériatrique au sein même de l'EMS sont disponibles dans le premier rapport national d'INTERCARE (197).

Dotation en personnel. Globalement, 96.3% des établissements disent avoir des difficultés à recruter du personnel de niveau tertiaire. En outre, en 2018, la part du personnel de soins et d'accompagnement qui exprime qu'il y a suffisamment de personnel qualifié pour fournir des soins de qualité est moins importante (71.9%) qu'en 2013 (79.0%). Un membre du personnel soignant et d'accompagnement sur dix ayant été interrogé occupe un emploi temporaire. Dans certaines circonstances, cela peut avoir un impact négatif sur la qualité des soins : le personnel temporaire n'a pas la familiarité nécessaire avec les résident.e.s pour identifier suffisamment tôt les changements dans leur état de santé et pour prendre les mesures appropriées, notamment en ce qui concerne les personnes atteintes de démence qui ne peuvent plus s'exprimer. Le recours au personnel temporaire pourrait également expliquer pourquoi les EMS ont déclaré une moyenne de seulement 1.2 postes vacants. Le recours à des collaborateurs.trices temporaires s'est accentué durant la pandémie de SARS-CoV-2. Il faut relever dans ce sens que la possibilité d'embaucher du personnel de manière temporaire peut être une stratégie utile pour les EMS qui leur permet d'être plus flexible et de poursuivre leurs activités dans la situation actuelle difficile (SARS-CoV-2).

En ce qui concerne les ressources en personnel au niveau des unités, moins de la moitié du personnel soignant et d'accompagnement s'accorde à dire qu'il y a suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail, ce qui constitue une baisse importante par rapport à 2013 (2013 : 57.9% vs 2018 : 49.5%). De même, parmi les responsables d'unité, seuls 58.0% ont estimé que la dotation en personnel était *très bonne* ou *convenable* dans leur unité par rapport à la charge de travail. Plus d'un tiers du personnel soignant et d'accompagnement a par ailleurs déclaré faire plus de 30 minutes d'heures supplémentaires au moins une fois par semaine. Cela devrait être rare, en particulier dans un environnement de travail en rotation, car l'équipe suivante devrait pouvoir prendre le relais. Dans les deux cas, il s'agit d'indications claires que les effectifs sont à leur limite, bien qu'il existe de fortes différences entre les établissements à ce sujet. Lors des rencontres régionales, les EMS ont déclaré que les exigences à l'égard du personnel et la complexité des situations de soins ont considérablement augmenté au cours des dernières années, de sorte qu'elles ne peuvent plus être gérées de la même manière avec le même personnel (tant au niveau de la quantité de personnel que du profil d'équipe).



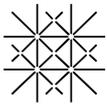
Si l'on compare les profils d'équipes entre la Suisse alémanique et la Suisse romande, on constate qu'il y a plus de personnel de niveau tertiaire et de niveau secondaire II en Suisse alémanique. Face à l'augmentation des exigences, la question se pose de savoir comment renforcer l'expertise gériatrique requise dans les EMS et quel rôle le personnel de niveau tertiaire doit jouer au sein de l'équipe, afin que l'accès à des soins et à un accompagnement de bonne qualité reste garanti.

Tâches administratives. Il est préoccupant de constater que 62.7% du personnel soignant et d'accompagnement dit que le travail administratif représente une charge de travail importante – en particulier en ce qui concerne les infirmier.ère.s avec 80.4% – et que 59.4% du personnel juge que la charge du travail administratif a augmenté au cours de l'année précédente.

Ce sont en particulier l'évaluation des résident.e.s avec les instruments d'évaluation et le fait de remplir le dossier des résident.e.s qui sont vécus comme une charge. La question est de savoir si le temps consacré à ces deux activités est proportionnel à leur utilité. Il n'existe cependant pratiquement aucune recherche sur la part réelle du temps consacré aux tâches administratives et sur les activités administratives qui sont réellement bénéfiques pour les résident.e.s. Nous ne savons pas quelle proportion des tâches administratives est due à des exigences externes (par ex., des cantons ou des compagnies d'assurance) et quelle proportion est due à des exigences internes. La question se pose de savoir comment répartir judicieusement les tâches au sein des équipes afin que chaque catégorie professionnelle puisse utiliser au mieux ses forces et ses compétences. Si près de la moitié des infirmier.ère.s consacre plus de deux heures par jour à des tâches administratives, la conséquence est peut être qu'un temps précieux peut venir à manquer pour l'évaluation clinique et les discussions directement avec les résident.e.s.

Rationnement des soins. Dans le domaine du rationnement des soins, on observe également une détérioration de la situation. Le rationnement des activités de soins et d'accompagnement a des conséquences négatives sur les résident.e.s et sur le personnel. En particulier, par rapport à 2013, le personnel soignant et d'accompagnement a plus fréquemment déclaré ne pas pouvoir effectuer *parfois* ou *souvent* des activités de la vie quotidienne (toilette : 2013 : 16.8% vs 2018 : 25.1% ; l'hygiène buccale et dentaire : 2013 : 12.9% vs 2018 : 20.2% ; mobilisation : 2013 : 6.6% vs 2018 : 11.5%), mais également de ne pas pouvoir répondre rapidement aux sonnettes des résident.e.s (2013 : 34.4% vs 2018 : 40.8%) et ne pas documenter les soins effectués (2013 : 30.0% vs 2018 : 39.4%). De même, le rationnement des activités sociales, qu'elles soient individuelles (2013 : 34.5% vs 2018 41.3%) ou collectives (2013 : 21.3% vs 2018 : 28.5%) a augmenté.

La littérature scientifique révèle que cela ne passe pas inaperçu auprès des résident.e.s (115, 124-126). Ils sont moins bien soutenus, leurs besoins sont moins satisfaits et ils font moins d'activités. Cela a non seulement un impact sur leur qualité de vie, mais présente également un risque pour leur sécurité car en ne favorisant pas la préservation et la promotion des capacités des résident.e.s, le rationnement de certains



actes (par ex., la mobilisation) peut conduire à une augmentation de leur fragilité. Le rationnement est le signe d'un manque de personnel : il n'y a «pas assez de bras» pour effectuer les activités nécessaires. Cela peut aussi être le signe que les responsables n'ont pas les compétences de leadership nécessaires pour organiser de manière ciblée des équipes aux compétences diverses, que les processus de travail pourraient être encore plus efficaces ou que le profil d'équipe dans certaines unités n'est pas idéal (trop peu d'expertise, trop peu de monde) pour accomplir le travail.

Résultats concernant le personnel. Par rapport à 2013, un nombre plus important de membres du personnel soignant et d'accompagnement disent envisager de démissionner (2013 : 12.0% vs 2018 : 16.2%) ou ont l'intention de cesser complètement de travailler dans le domaine des soins de longue durée (2013 : 12.9% vs 2018 : 19.9%). Compte tenu des ressources en personnel déjà limitées, le fait que le personnel en place envisage de quitter complètement le domaine des soins de longue durée est inquiétant. La situation s'est aussi aggravée en ce qui concerne la santé et la satisfaction au travail du personnel : par rapport à 2013, le personnel soignant et d'accompagnement déclare davantage manquer d'énergie (2013 : 66.0% vs 2018 : 76.2%), avoir des troubles du sommeil (2013 : 48.1% vs 2018 : 57.7%) et avoir des douleurs dans les membres ou aux articulations (2013 : 50.9% vs 2018 : 59.5%), autant d'indications qui démontrent possiblement une charge importante au travail.

Dans le cadre de l'enquête SHURP 2018, nous avons aussi posé des questions sur la satisfaction en lien avec le salaire. Le fait que seulement 54.1% du personnel soignant et d'accompagnement (y compris 63.7% des infirmier.ère.s) se soient déclarés satisfaits de leur salaire par rapport à leurs besoins est là aussi un résultat à prendre au sérieux pour un secteur qui lutte contre la pénurie de personnel. Il est intéressant, à contrario, de noter que 70.3% du personnel travaillant dans les autres secteurs de l'EMS estiment avoir un salaire suffisant par rapport à leurs besoins. Le personnel soignant et d'accompagnement se distingue donc clairement des membres des autres groupes professionnels concernant la question salariale. Au niveau international, le personnel soignant suisse se situe au-dessus de la moyenne de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économique) en ce qui concerne le salaire ajusté selon le pouvoir d'achat. Cependant, la comparaison internationale montre également que les infirmier.ère.s suisses ne gagnent que 85% du salaire moyen suisse et sont donc dans une position nettement inférieure par rapport aux infirmier.ère.s d'autres pays (198). Cela pourrait expliquer une partie du mécontentement.

Il est évident, à travers plusieurs résultats concernant le personnel (par ex., la satisfaction au travail, l'intention de démissionner, la compatibilité entre vie professionnelle et vie privée, l'absentéisme, les problèmes de santé, l'épuisement émotionnel), que le personnel soignant et d'accompagnement fait face à une charge de travail plus importante que le reste du personnel. S'il est bien connu d'après la littérature scientifique que la qualité de l'environnement de travail est très importante pour un lieu de travail sain, les rencontres régionales avec les EMS ont montré que les établissements ont déjà fourni de nombreux efforts pour améliorer les conditions de travail et promouvoir la santé du personnel. Cependant, les établissements



se heurtent à des limites liées aux conditions-cadres sociales et politiques. Ils observent également une certaine désillusion chez le personnel soignant et d'accompagnement.

5 Conclusion

De manière synthétique, nous pouvons dire que le maintien de la qualité des soins et de l'accompagnement pour les résident.e.s et le maintien de la qualité de l'environnement de travail pour le personnel est un défi constant pour les EMS. Les exigences face à la complexité des besoins de soins et d'accompagnements des résident.e.s dans les EMS, couplée à leurs attentes et à celle de leurs proches quant aux prestations, sont en augmentation. Des mesures s'imposent ainsi de la part de différents acteurs, que ce soit de la part des EMS eux-mêmes, de la formation, des autorités publiques ou de la société dans son ensemble.

Sur le plan des établissements interrogés, ceux-ci mettent en œuvre un certain nombre de mesures de développement de la qualité pour tirer le meilleur parti des conditions-cadres existantes. Les EMS attachent de l'importance à la qualité des soins et l'on peut voir dans les résultats de SHURP 2018 une professionnalisation du développement de la qualité, bien qu'il y ait des différences parfois importantes entre les établissements. On observe de très bons résultats dans le domaine des mesures limitant la liberté de mouvement et de la malnutrition, tandis que d'autres domaines ont besoin d'être améliorés, comme c'est par exemple le cas dans le domaine de la polymédication ou de la planification anticipée du projet thérapeutique. Cependant, ces deux derniers sujets ne peuvent être abordés qu'en collaboration avec les médecins responsables et montrent ainsi une certaine dépendance des EMS à d'autres partenaires professionnels en ce qui concerne le développement de la qualité.

De manière générale, il existe des limitations structurelles visibles qui entravent les possibilités du secteur. Elles se révèlent dans la perception qu'il manque du personnel, que les salaires sont insuffisants, qu'il est difficile de recruter du personnel qualifié et que des heures supplémentaires sont régulièrement effectuées. Ces conditions-cadres étroites poussent les établissements dans leurs limites et l'augmentation du rationnement au cours des cinq dernières années est un signe d'alerte clair. La dotation existante en personnel, tant en termes de nombre que de profil d'équipe, ne permet pas de couvrir toutes les exigences quotidiennes.

Un aspect important du maintien de la qualité est l'accès à l'expertise gériatrique et infirmière. Le manque de personnel qualifié pouvant être recruté ne doit pas mener à une réduction de la qualité des soins. Par conséquent, il faut mettre en place des alternatives, par exemple au niveau de la formation professionnelle et de l'affectation du personnel qualifié, afin de pouvoir répondre aux exigences. Il existe ainsi différents modèles qui reposent sur le travail avec des infirmier.ère.s expert.e.s ayant diverses formations, allant d'infirmier.ère.s ayant des diplômes de formations continues et spécifiques aux soins de longue durée



jusqu'aux APN. Le renforcement des équipes avec l'emploi de personnel qualifié ayant un diplôme fédéral dans le domaine des soins palliatifs ou de la gériatrie est aussi une possibilité.

Il est également important de sensibiliser aux thèmes relatifs aux soins aux personnes âgées dès la formation de base et d'approfondir des sujets essentiels tels que les soins palliatifs pour les personnes âgées et la démence. Cela peut éventuellement aussi favoriser l'intérêt pour ce domaine spécialisé. De plus, les infirmier.ère.s dans le domaine des soins de longue durée ont besoin de compétences de management et de leadership afin de diriger des équipes mixtes au jour le jour, d'utiliser le personnel en fonction de ses aptitudes et de ses compétences et de reconnaître rapidement dans quelles situations il est nécessaire d'intervenir de manière ciblée. Ces compétences nécessitent une expérience professionnelle et peuvent être renforcées par la formation et le mentorat. Une planification appropriée des carrières dans les EMS, d'avantages d'offres de formations continues approfondies spécialisées et les ressources pour former son personnel, pourraient contribuer à développer, renforcer et conserver le personnel soignant.

Un défi dans ce contexte est le fait que chaque EMS a sa propre diversité en termes de résident.e.s et de services fournis. Les EMS ont donc besoin d'une marge de manœuvre afin de pouvoir mettre en place des profils d'équipes permettant de fournir des soins appropriés. Il n'est pas aisé de définir un profil d'équipe spécifique simplement sur la base de la littérature scientifique, car cela dépend aussi du degré de présence et d'implication du personnel de nettoyage ou d'animation, par exemple, auprès des résident.e.s. Selon les objectifs de l'établissement, le profil d'équipe nécessaire pour fournir des soins de qualité diffère. La charge des tâches administratives peut également être répartie de différentes manières et, selon la situation, libérer du temps aux infirmier.ère.s. Il est ainsi nécessaire que chaque EMS effectue ce travail d'analyse pour déterminer si les bons professionnels (en termes de métiers et de compétences) sont aux bons endroits en fonction du profil et des besoins des résident.e.s, et cas échéant, faire évoluer le profil de l'équipe.

La qualité des soins et de l'accompagnement atteint un bon niveau dans les EMS, mais le prix à payer est élevé si l'on considère les résultats liés au personnel relatifs à l'intention de quitter son travail ou à son état santé. La promotion de la santé sur le lieu de travail et une bonne qualité de l'environnement de travail sont essentielles pour le bien-être du personnel. Mais lorsque les limites sont atteintes, il devient difficile pour les EMS d'avoir un impact sur ces facteurs. Les EMS sont dans un équilibre fragile, encore accentué par la pandémie de SARS-CoV-2. Si l'on veut continuer à maintenir la qualité des soins, il faut à la fois du personnel bien formé, du personnel en suffisance et un environnement de travail de qualité.

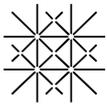


6 Bibliographie

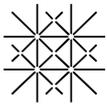
1. Zúñiga F, Ausserhofer D, Serdaly C, Bassal C, De Geest S, Schwendimann R. Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz 2013. Available from: <https://shurp.unibas.ch/shurp-votraege-publikationen/>.
2. Bundesamt für Statistik. Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2018 – Definitive Standardtabellen. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik; 2019.
3. Ausserhofer D, Favez L, Simon M, Zúñiga F. Electronic health record use in Swiss nursing homes and its association with implicit rationing of nursing care documentation: Multicenter cross-sectional survey study. *JMIR Med Inform.* 2021;9(3):e22974.
4. Bleijlevens MHC, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JPH, the International Physical Restraint Workgroup. Physical restraints: Consensus of a research definition using a modified Delphi technique. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(11):2307-10.
5. Leahy-Warren P, Varghese V, Day MR, Curtin M. Physical restraint: Perceptions of nurse managers, registered nurses and healthcare assistants. *Int Nurs Rev.* 2018;65(3):327-35.
6. Bellenger EN, Ibrahim JE, Lovell JJ, Bugeja L. The nature and extent of physical restraint-related deaths in nursing homes: A systematic review. *J Aging Health.* 2018;30(7):1042-61.
7. Engberg J, Castle NG, McCaffrey D. Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *Gerontologist.* 2008;48(4):442-52.
8. Rakhmatullina M, Taub A, Jacob T. Morbidity and mortality associated with the utilization of restraints: A review of literature. *Psychiatr Q.* 2013;84(4):499-512.
9. Gastmans C, Milisen K. Use of physical restraint in nursing homes: Clinical-ethical considerations. *J Med Ethics.* 2006;32(3):148-52.
10. Koch S, Nay R, Wilson J. Restraint removal: Tension between protective custody and human rights. *Int J Older People Nurs.* 2006;1(3):151-8.
11. Pivodic L, Smets T, Gambassi G, Kylänen M, Pasman HR, Payne S, et al. Physical restraining of nursing home residents in the last week of life: An epidemiological study in six European countries. *Int J Nurs Stud.* 2020;104:103511.
12. Meyer G, Köpke S, Haastert B, Muhlhauser I. Restraint use among nursing home residents: Cross-sectional study and prospective cohort study. *J Clin Nurs.* 2009;18(7):981-90.
13. Zúñiga F. Qualitätsindikatoren für die stationäre Langzeitpflege – Überblick. Bern: CURAVIVA Schweiz; 2018. Available from: <https://www.curaviva.ch/Fachinformationen/Themendossiers/Medizinische-Qualitaetsindikatoren/PR0oS/>.
14. Lan SH, Lu LC, Lan SJ, Chen JC, Wu WJ, Chang SP, et al. Educational intervention on physical restraint use in long-term care facilities – Systematic review and meta-analysis. *Kaohsiung J Med Sci.* 2017;33(8):411-21.
15. Saarnio R, Isola A, Laukkala H. The use of physical restraint in institutional care of older people in Finland: Nurses' individual, communal and alternative modes of action. *J Clin Nurs.* 2009;18(1):132-40.
16. Hamers JP, Meyer G, Köpke S, Lindenmann R, Groven R, Huizing AR. Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2009;46(2):248-55.
17. Möhler R, Meyer G. Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(2):274-88.
18. Bosshard Taroni W, Pralong G. [Detection of the risk of malnutrition in the elderly]. *Rev Med Suisse.* 2011;7(294):1056-7.
19. Tamura BK, Bell CL, Masaki KH, Amella EJ. Factors associated with weight loss, low BMI, and malnutrition among nursing home patients: A systematic review of the literature. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(9):649-55.
20. Ahmed T, Haboubi N. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clin Interv Aging.* 2010;5:207-16.
21. Margetts BM, Thompson RL, Elia M, Jackson AA. Prevalence of risk of undernutrition is associated with poor health status in older people in the UK. *Eur J Clin Nutr.* 2003;57(1):69-74.



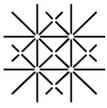
22. Volkert D, Bauer JM, Frühwald T, Gehrke I, Lechleitner M, Lenzen-Großimlinghaus R, et al. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG. Klinische Ernährung in der Geriatrie. Teil des laufenden S3-Leitlinienprojekts Klinische Ernährung. *Aktuel Ernährungsmed.* 2013;38(3):e1-48.
23. Zúñiga F, Schneider P, Gehrlach C, Grolimund T. Medizinische Qualitäts-Indikatoren. Schlussbericht zu Händen von Curaviva Schweiz. Bern, Basel: Berner Fachhochschule, Universität Basel; 2014.
24. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clin Nutr.* 2003;22(4):415-21.
25. Donini LM, Poggiogalle E, Molino A, Rosano A, Lenzi A, Rossi Fanelli F, et al. Mini-Nutritional Assessment, Malnutrition Universal Screening Tool, and Nutrition Risk Screening Tool for the nutritional evaluation of older nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17(10):959.e11-8.
26. Löser C, Lübbers H, Mahlke R, Lankisch P. Der ungewollte Gewichtsverlust des alten Menschen. *Dtsch Arztebl.* 2007;104:3411-20.
27. Rösli A, Imoberdorf R, Ruhlin M, Tandjung R. Mangelernährung. *Praxis.* 2013;102(11):627-36.
28. Bernfort L, Gerdle B, Rahmqvist M, Husberg M, Levin L-Å. Severity of chronic pain in an elderly population in Sweden – impact on costs and quality of life. *Pain.* 2015;156(3):521-7.
29. Booker SQ, Herr KA. Assessment and measurement of pain in adults in later life. *Clin Geriatr Med.* 2016;32(4):677-92.
30. Hunnicutt JN, Ulbricht CM, Tjia J, Lapane KL. Pain and pharmacologic pain management in long-stay nursing home residents. *Pain.* 2017;158(6):1091-9.
31. Kalinowski S, Dräger D, Kuhnert R, Kreutz R, Budnick A. Pain, fear of falling, and functional performance among nursing home residents: A longitudinal study. *West J Nurs Res.* 2019;41(2):191-216.
32. Reid MC, Eccleston C, Pillemer K. Management of chronic pain in older adults. *BMJ.* 2015;350:h532.
33. Takai Y, Yamamoto-Mitani N, Okamoto Y, Koyama K, Honda A. Literature review of pain prevalence among older residents of nursing homes. *Pain Manag Nurs.* 2010;11(4):209-23.
34. Sommerhalder K, Gugler E, Conca A, Bernet M, Bernet N, Serdaly C, et al. Lebens- und Pflegequalität im Pflegeheim – Beschreibende Ergebnisse der Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen in der Schweiz. *Residents' Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland (RESPONS).* Bern: Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit; 2015.
35. Dong HJ, Larsson B, Dragioti E, Bernfort L, Levin L, Gerdle B. Factors associated with life satisfaction in older adults with chronic pain (PainS65+). *J Pain Res.* 2020;13:475-89.
36. Husebo BS, Achterberg W, Flo E. Identifying and managing pain in people with Alzheimer's disease and other types of dementia: A systematic review. *CNS drugs.* 2016;30(6):481-97.
37. Schuler M, Njoo N, Hestermann M, Oster P, Hauer K. Acute and chronic pain in geriatrics: Clinical characteristics of pain and the influence of cognition. *Pain Med.* 2004;5(3):253-62.
38. Brunkert T, Simon M, Ruppen W, Zúñiga F. Pain management in nursing home residents: Findings from a pilot effectiveness-implementation study. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(12):2574-80.
39. Dysvik E, Vinsnes AG, Eikeland OJ. The effectiveness of a multidisciplinary pain management programme managing chronic pain. *Int J Nurs Pract.* 2004;10(5):224-34.
40. Schwan J, Sclafani J, Tawfik VL. Chronic pain management in the elderly. *Anesthesiol Clin.* 2019;37(3):547-60.
41. Mehta A, Chan LS. Understanding of the concept of "Total Pain": A prerequisite for pain control. *J Hosp Palliat Nurs.* 2008;10(1):26-34.
42. Häuser W, Bock F, Hüppe M, Nothacker M, Norda H, Radbruch L, et al. Empfehlungen der zweiten Aktualisierung der Leitlinie LONTS. *Schmerz.* 2020;34(3):204-44.
43. Miró J, Queral R, Del Carme Nolla M. Pain-related attitudes and functioning in elderly primary care patients. *Span J Psychol.* 2015;17:E104.
44. Brunkert T, Simon M, Ruppen W, Zúñiga F. A contextual analysis to explore barriers and facilitators of pain management in Swiss nursing homes. *J Nurs Scholarsh.* 2020;52(1):14-22.
45. Brunkert T, Zúñiga F. Gemeinsam gegen Schmerz. *Krankenpfl Soins Infirm.* 2018(11):12-5.



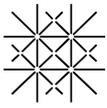
46. Makris UE, Abrams RC, Gurland B, Reid MC. Management of persistent pain in the older patient: A clinical review. *JAMA*. 2014;312(8):825-36.
47. Abdulla A, Adams N, Bone M, Elliott AM, Gaffin J, Jones D, et al. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing*. 2013;42(Suppl 1):i1-57.
48. American Geriatrics Society Panel on the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(8):1331-46.
49. Arnstein P, Herr KA, Butcher HK. Evidence-based practice guideline: Persistent pain management in older adults. *J Gerontol Nurs*. 2017;43(7):20-31.
50. Wulff I, Könnert F, Kölzsch M, Budnick A, Dräger D, Kreutz R. Interdisziplinäre Handlungsempfehlung zum Management von Schmerzen bei älteren Menschen in Pflegeheimen. *Z Gerontol Geriatr*. 2012;45(6):505-44.
51. Brunkert T, Zúñiga F. Schmerzexpertinnen verbessern Schmerzbehandlung nachhaltig. *Krankenpfli Soins Infirm*. 2020(4):21-3.
52. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf*. 2014;13(1):57-65.
53. Nguyen JK, Fouts MM, Kotabe SE, Lo E. Polypharmacy as a risk factor for adverse drug reactions in geriatric nursing home residents. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2006;4(1):36-41.
54. Burns E, McQuillan N. Prescribing in care homes: The role of the geriatrician. *Ther Adv Chronic Dis*. 2011;2(6):353-8.
55. Fried TR, O'Leary J, Towle V, Goldstein MK, Trentalange M, Martin DK. Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: A systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(12):2261-72.
56. Morley JE. Inappropriate drug prescribing and polypharmacy are major causes of poor outcomes in long-term care. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(11):780-2.
57. Cherubini A, Corsonello A, Lattanzio F. Underprescription of beneficial medicines in older people: Causes, consequences and prevention. *Drugs Aging*. 2012;29(6):463-75.
58. Cherubini A, Corsonello A, Lattanzio F. Polypharmacy in nursing home residents: What is the way forward? *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(1):4-6.
59. Krähenbühl J, Guignard E, Buchmann S, Favrat B, Pécoud A, Bugnon O. L'analyse de médication : une réévaluation multidisciplinaire de la thérapie d'un patient individuel. *Med Hyg (Geneve)*. 2004;62(2501):2074-79.
60. Wallerstedt SM, Kindblom JM, Nysten K, Samuelsson O, Strandell A. Medication reviews for nursing home residents to reduce mortality and hospitalisation: Systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 2014;78(3):488-97.
61. Sinvani LD, Beizer J, Akerman M, Pekmezaris R, Nouryan C, Lutsky L, et al. Medication reconciliation in continuum of care transitions: A moving target. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(9):668-72.
62. Hoffmann F, Allers K. Age and sex differences in hospitalisation of nursing home residents: A systematic review. *BMJ open*. 2016;6(10):e011912.
63. Bally KW, Nickel C. [Acute hospital admissions among nursing home residents – benefits and potential harms]. *Praxis (Bern 1994)*. 2013;102(16):987-91.
64. Brickman KR, Silvestri JA. The emergency care model: A new paradigm for skilled nursing facilities. *Geriatr Nurs*. 2020;1(3):242-7.
65. Carron P-N, Mabire C, Yersin B, Büla C, Mabire C, Büla C. Nursing home residents at the emergency department: A 6-year retrospective analysis in a Swiss academic hospital. *Intern Emerg Med*. 2017;12(2):229-37.
66. Muench U, Simon M, Guerbaai RA, De Pietro C, Zeller A, Kressig RW, et al. Preventable hospitalizations from ambulatory care sensitive conditions in nursing homes: Evidence from Switzerland. *Int J Public Health*. 2019;64(9):1273-81.
67. Testa L, Seah R, Ludlow K, Braithwaite J, Mitchell RJ. Models of care that avoid or improve transitions to hospital services for residential aged care facility residents: An integrative review. *Geriatr Nurs*. 2020;41(4):360-72.



68. Giger M, Voneschen N, Brunkert T, Zúñiga F. Care workers' view on factors leading to unplanned hospitalizations of nursing home residents: A cross-sectional multicenter study. *Geriatr Nurs.* 2019;41(2):110-7.
69. Grabowski DC, O'Malley AJ, Barhydt NR. The costs and potential savings associated with nursing home hospitalizations. *Health Aff (Millwood).* 2007;26(6):1753-61.
70. Graverholt B, Riise T, Jamtvedt G, Ranhoff AH, Kruger K, Nortvedt MW. Acute hospital admissions among nursing home residents: A population-based observational study. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:126.
71. Ouslander JG, Lamb G, Perloe M, Givens JH, Kluge L, Rutland T, et al. Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: Frequency, causes, and costs. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(4):627-35.
72. Rantz MJ, Popejoy L, Vogelsmeier A, Galambos C, Alexander G, Flesner M, et al. Successfully reducing hospitalizations of nursing home residents: Results of the Missouri Quality Initiative. *J Am Med Dir Assoc.* 2017;18(11):960-6.
73. Trahan LM, Spiers JA, Cummings GG. Decisions to transfer nursing home residents to emergency departments: A scoping review of contributing factors and staff perspectives. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17(11):994-1005.
74. Haines TP, Palmer AJ, Tierney P, Si L, Robinson AL. A new model of care and in-house general practitioners for residential aged care facilities: A stepped wedge, cluster randomised trial. *Med J Aust.* 2020;212(9):409-15.
75. Nouvenne A, Caminiti C, Diodati F, Iezzi E, Prati B, Lucertini S, et al. Implementation of a strategy involving a multidisciplinary mobile unit team to prevent hospital admission in nursing home residents: Protocol of a quasi-experimental study (MMU-1 study). *BMJ open.* 2020;10(2):e034742.
76. Pulst A, Fassmer AM, Schmiemann G. Unplanned hospital transfers from nursing homes: Who is involved in the transfer decision? Results from the HOMERN study. *Aging Clin Exp Res.* 2020.
77. Sampson EL, Feast A, Blighe A, Froggatt K, Hunter R, Marston L, et al. Evidence-based intervention to reduce avoidable hospital admissions in care home residents (the Better Health in Residents in Care Homes (BHiRCH) study): Protocol for a pilot cluster randomised trial. *BMJ open.* 2019;9(5):e026510.
78. Kirsebom M, Hedstrom M, Wadensten B, Poder U. The frequency of and reasons for acute hospital transfers of older nursing home residents. *Arch Gerontol Geriatr.* 2014;58(1):115-20.
79. Pulst A, Fassmer AM, Schmiemann G. Experiences and involvement of family members in transfer decisions from nursing home to hospital: A systematic review of qualitative research. *BMC Geriatr.* 2019;19(1):155.
80. Leutgeb R, Berger SJ, Szecsenyi J, Laux G. Potentially avoidable hospitalisations of German nursing home patients? A cross-sectional study on utilisation patterns and potential consequences for healthcare. *BMJ open.* 2019;9(1):e025269.
81. Zúñiga F, De Geest S, Guerbaai RA, Basinska K, Nicca D, Kressig RW, et al. Strengthening geriatric expertise in Swiss nursing homes: INTERCARE implementation study protocol. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(10):2145-50.
82. Xing J, Mukamel DB, Temkin-Greener H. Hospitalizations of nursing home residents in the last year of life: Nursing home characteristics and variation in potentially avoidable hospitalizations. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61(11):1900-8.
83. Zeller A, Needham I, Dassen T, Kok G, Halfens RJ. [Nurses' experiences with aggressive behaviour of nursing home residents: A cross-sectional study in Swiss nursing homes]. *Pflege.* 2013;26(5):321-35.
84. Vogel B, De Geest S, Fierz K, Beckmann S, Zúñiga F. Dementia care worker stress associations with unit type, resident, and work environment characteristics: A cross-sectional secondary data analysis of the Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP). *Int Psychogeriatr.* 2017;29(3):441-54.
85. Stutte K, Hahn S, Fierz K, Zúñiga F. Factors associated with aggressive behavior between residents and staff in nursing homes. *Geriatr Nurs.* 2017;38(5):398-405.
86. Dhaini S, Zúñiga F, Ausserhofer D, Simon M, Kunz R, De Geest S, et al. Care workers health in Swiss nursing homes and its association with psychosocial work environment: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2015;53:105-15.



87. Rosen T, Pillemer K, Lachs M. Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: An understudied problem. *Aggress Violent Behav.* 2008;13(2):77-87.
88. Ferrah N, Murphy BJ, Ibrahim JE, Bugeja LC, Winbolt M, LoGiudice D, et al. Resident-to-resident physical aggression leading to injury in nursing homes: A systematic review. *Age Ageing.* 2015;44(3):356-64.
89. Lachs MS, Teresi JA, Ramirez M, van Haitsma K, Silver S, Eimicke JP, et al. The prevalence of resident-to-resident elder mistreatment in nursing homes. *Ann Intern Med.* 2016;165(4):229-36.
90. Murphy B, Bugeja L, Pilgrim J, Ibrahim JE. Deaths from resident-to-resident aggression in Australian nursing homes. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65(12):2603-9.
91. Rogers C. *Client-centered therapy.* Hachette, UK: Robinson; 2012.
92. Dewing J, McCormack B. Editorial: Tell me, how do you define person-centredness? *J Clin Nurs.* 2017;26(17-18):2509-10.
93. McCormack B, McCance T. The person-centred practice framework. In: McCormack B, McCance T, editors. *Person-centred practice in nursing and health care Theory and practice.* 2nd ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2017. p. 36-64.
94. Höwler E. Beziehungsgestaltung in der Pflege. *Pflegezeitschrift.* 2018;71(11):39-42.
95. Barbosa A, Sousa L, Nolan M, Figueiredo D. Effects of person-centered care approaches to dementia care on staff: A systematic review. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2015;30(8):713-22.
96. Brownie S, Nancarrow S. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: A systematic review. *Clin Interv Aging.* 2013;8:1-10.
97. Li J, Porock D. Resident outcomes of person-centered care in long-term care: A narrative review of interventional research. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(10):1395-415.
98. Kim SK, Park M. Effectiveness of person-centered care on people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging.* 2017;12:381-97.
99. Chenoweth L, Stein-Parbury J, Lapkin S, Wang A, Liu Z, Williams A. Effects of person-centered care at the organisational-level for people with dementia. A systematic review. *PLoS One.* 2019;14(2):e0212686.
100. Hunter PV, Hadjistavropoulos T, Thorpe L, Lix LM, Malloy DC. The influence of individual and organizational factors on person-centred dementia care. *Aging Ment Health.* 2016;20(7):700-8.
101. Killett A, Burns D, Kelly F, Brooker D, Bowes A, La Fontaine J, et al. Digging deep: How organisational culture affects care home residents' experiences. *Aging Soc.* 2016;36(1):160-88.
102. Caspar S, Le A, McGilton KS. The Responsive Leadership Intervention: Improving leadership and individualized care in long-term care. *Geriatr Nurs.* 2017;38(6):559-66.
103. Edvardsson D, Petersson L, Sjogren K, Lindkvist M, Sandman P-O. Everyday activities for people with dementia in residential aged care: Associations with person-centredness and quality of life. *Int J Older People Nurs.* 2014;9(4):269-76.
104. Caspar S, O'Rourke N. The influence of care provider access to structural empowerment on individualized care in long-term-care facilities. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2008;63(4):s255-s65.
105. Oppert ML, O'Keeffe VJ, Duong D. Knowledge, facilitators and barriers to the practice of person-centred care in aged care workers: A qualitative study. *Geriatr Nurs.* 2018;39(6):683-8.
106. Røen I, Kirkevold Ø, Testad I, Selbæk G, Engedal K, Bergh S. Person-centered care in Norwegian nursing homes and its relation to organizational factors and staff characteristics: A cross-sectional survey. *Int Psychogeriatr.* 2018;30(9):1279-90.
107. Toles M, Anderson RA. State of the science: Relationship-oriented management practices in nursing homes. *Nurs Outlook.* 2011;59(4):221-7.
108. Backman A, Ahnlund P, Sjögren K, Lövheim H, McGilton KS, Edvardsson D. Embodying person-centred being and doing: Leading towards person-centred care in nursing homes as narrated by managers. *J Clin Nurs.* 2020;29(1-2):172-83.
109. Specht J. Quality of nursing home environments. *J Gerontol Nurs.* 2015;41(3):3-4.
110. Backhaus R, Van Rossum E, Verbeek H, Halfens R, Tan FES, Capezuti E, et al. Quantity of staff and quality of care in Dutch nursing homes: A cross-sectional study. *J Nurs Home Res Sci.* 2016;2:90-3.



111. Backhaus R, Verbeek H, van Rossum E, Capezuti E, Hamers JP. Nurse staffing impact on quality of care in nursing homes: A systematic review of longitudinal studies. *J Am Med Dir Assoc.* 2014;15(6):383-93.
112. Wodchis WP, Whitney B, McGilton KS, Parker B, Walker K, Burns T, et al. Determinants of quality in Ontario LTC homes. Toronto: Institute of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto; 2015. Available from: <https://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2015/05/staff-survey-report.pdf>.
113. Spilsbury K, Hewitt C, Stirk L, Bowman C. The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2011;48(6):732-50.
114. Zúñiga F, Ausserhofer D, Hamers JP, Engberg S, Simon M, Schwendimann R. The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes - A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(9):1463-74.
115. Zúñiga F, Ausserhofer D, Hamers JPH, Engberg S, Simon M, Schwendimann R. Are staffing, work environment, work stressors, and rationing of care related to care workers' perception of quality of care? A cross-sectional study. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16(10):860-6.
116. Blumenfeld Arens O, Fierz K, Zúñiga F. Elder abuse in nursing homes: Do special care units make a difference? A secondary data analysis of the Swiss Nursing Homes Human Resources Project. *Gerontology.* 2017;63(2):169-79.
117. 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. *Journal of Applied Gerontology.* 2019;38(11):1537-63.
118. Schwendimann R, Dhaini S, Ausserhofer D, Engberg S, Zúñiga F. Factors associated with high job satisfaction among care workers in Swiss nursing homes – a cross sectional survey study. *BMC Nurs.* 2016;15(1):37.
119. Tong M, Schwendimann R, Zúñiga F. Mobbing among care workers in nursing homes: A cross-sectional secondary analysis of the Swiss Nursing Homes Human Resources Project *Int J Nurs Stud.* 2016;66:72-81.
120. Formen des Arbeitsverhaltens. In: Nerdinger FW, Blickle G, Schaper N, editors. *Arbeits- und Organisationspsychologie.* Berlin, Heidelberg: Springer; 2008. p. 443-58.
121. Grosso S, Tonet S, Bernard I, Corso J, De Marchi D, Dorigo L, et al. Non-nursing tasks as experienced by nurses: A descriptive qualitative study. *Int Nurs Rev.* 2019;66(2):259-68.
122. Michel L, Waelli M, Allen D, Minvielle E. The content and meaning of administrative work: A qualitative study of nursing practices. *J Adv Nurs.* 2017;73(9):2179-90.
123. Cherry B, Ashcraft A, Owen D. Perceptions of job satisfaction and the regulatory environment among nurse aides and charge nurses in long-term care. *Geriatr Nurs.* 2007;28(3):183-92.
124. Braun D, Mauthner O, Zúñiga F. Rationing of nursing care: Exploring the views of care workers and residents in a Swiss nursing home. *J Am Med Dir Assoc.* 2018;19(12):1138-9.
125. Morin D, Leblanc N. Less money, less care: How nurses in long-term care allocate hours of needed care in a context of chronic shortage. *Int J Nurs Pract.* 2005;11(5):214-20.
126. Nelson ST, Flynn L. Relationship between missed care and urinary tract infections in nursing homes. *Geriatr Nurs.* 2015;36(2):126-30.
127. Alsubhi H, Meskell P, Shea DO, Doody O. Missed nursing care and nurses' intention to leave: An integrative review. *J Nurs Manag.* 2020;28(8):1830-40.
128. Papastavrou E, Andreou P, Efstathiou G. Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: A systematic review of quantitative studies. *Int J Health Plann Manage.* 2013;29(1):3-25.
129. White EM, Aiken LH, McHugh MD. Registered nurse burnout, job dissatisfaction, and missed care in nursing homes. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(10):2065-71.
130. Scannapieco FA, Shay K. Oral health disparities in older adults: Oral bacteria, inflammation, and aspiration pneumonia. *Dent Clin North Am.* 2014;58(4):771-82.
131. Sjögren P, Nilsson E, Forsell M, Johansson O, Hoogstraate J. A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: Effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56(11):2124-30.
132. Menghini G. *Zahnmedizinische Betreuung in Pflegeheimen.* Bern: Curaviva; 2015.



133. SBK-ASI, LangzeitSchweiz, Swiss Dental Hygienists. Positionspapier Mundgesundheits im Alter. Bern: SBK; 2019. Available from: https://www.sbk.ch/files/Shop/publikationen_de/1209/Mundgesundheits_dt.pdf.
134. Chiang TC, Huang MS, Lu PL, Huang ST, Lin YC. The effect of oral care intervention on pneumonia hospitalization, Staphylococcus aureus distribution, and salivary bacterial concentration in Taiwan nursing home residents: A pilot study. *BMC Infect Dis.* 2020;20(1):374.
135. Ballard C, O'Brien J, James I, Mynt P, Lana M, Potkins D, et al. Quality of life for people with dementia living in residential and nursing home care: The impact of performance on activities of daily living, behavioral and psychological symptoms, language skills, and psychotropic drugs. *Int Psychogeriatr.* 2001;13(1):93-106.
136. Henskens M, Nauta IM, Drost KT, Scherder EJ. The effects of movement stimulation on activities of daily living performance and quality of life in nursing home residents with dementia: A randomized controlled trial. *Clin Interv Aging.* 2018;13:805-17.
137. Tappen RM, Roach KE, Applegate EB, Stowell P. Effect of a combined walking and conversation intervention on functional mobility of nursing home residents with Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2000;14(4):196-201.
138. Roszell S, Jones CB, Lynn MR. Call bell requests, call bell response time, and patient satisfaction. *J Nurs Care Qual.* 2009;24(1):69-75.
139. Ali H, Li H. Evaluating a smartwatch notification system in a simulated nursing home. *Int J Older People Nurs.* 2019;14(3):e12241.
140. Voutilainen P, Isola A, Muurinen S. Nursing documentation in nursing homes – state-of-the-art and implications for quality improvement. *Scand J Caring Sci.* 2004;18(1):72-81.
141. Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, van Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: systematic review. *J Adv Nurs.* 2006;56(5):514-31.
142. Schubert M, Ausserhofer D, Bragadóttir H, Rochefort CM, Bruyneel L, Stemmer R, et al. Interventions to prevent or reduce rationing or missed nursing care: A scoping review. *J Adv Nurs.* 2021;77(2):550-64.
143. Pekruhl U, Vogel C. Zusammenhänge zwischen ausgewählten Arbeitsbedingungen und Zufriedenheit, Engagement und Erschöpfung von Arbeitnehmenden in der Schweiz. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft; 2018.
144. Cicolini G, Comparcini D, Simonetti V. Workplace empowerment and nurses' job satisfaction: A systematic literature review. *J Nurs Manag.* 2014;22(7):855-71.
145. McGilton KS, Chu CH, Shaw AC, Wong R, Ploeg J. Outcomes related to effective nurse supervision in long-term care homes: An integrative review. *J Nurs Manag.* 2016;24(8):1007-26.
146. Rajamohan S, Porock D, Chang YP. Understanding the relationship between staff and job satisfaction, stress, turnover, and staff outcomes in the person-centered care nursing home arena. *J Nurs Scholarsh.* 2019;51(5):560-8.
147. Squires JE, Hoben M, Linklater S, Carleton HL, Graham N, Estabrooks CA. Job satisfaction among care aides in residential long-term care: A systematic review of contributing factors, both individual and organizational. *Nurs Res Pract.* 2015;2015:157924.
148. van den Pol-Grevelink A, Jukema JS, Smits CH. Person-centred care and job satisfaction of caregivers in nursing homes: A systematic review of the impact of different forms of person-centred care on various dimensions of job satisfaction. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2012;27(3):219-29.
149. Halter M, Boiko O, Pelone F, Beighton C, Harris R, Gale J, et al. The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: A systematic review of systematic reviews. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):824.
150. Duffield CM, Roche MA, Homer C, Buchan J, Dimitrelis S. A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. *J Adv Nurs.* 2014;70(12):2703-12.
151. Buchan J, Shaffer FA, Catton H. Policy brief: Nurse retention. Philadelphia, PA: International Centre on Nurse Migration; 2018. Available from: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNM%20Nurse%20retention%20FINAL.pdf>.
152. Castle NG, Engberg J, Men A. Nursing home staff turnover: Impact on nursing home compare quality measures. *Gerontologist.* 2007;47(5):650-61.



153. Cohen-Mansfield J. Turnover among nursing home staff: A review. *Nurs Manage.* 1997;28(5):59.
154. Lerner NB, Johantgen M, Trinkoff AM, Storr CL, Han K. Are nursing home survey deficiencies higher in facilities with greater staff turnover. *J Am Med Dir Assoc.* 2014;15(2):102-7.
155. Flinkman M, Leino-Kilpi H, Salanterä S. Nurses' intention to leave the profession: Integrative review. *J Adv Nurs.* 2010;66(7):1422-34.
156. Bratt C, Gautun H. Should I stay or should I go? Nurses' wishes to leave nursing homes and home nursing. *J Nurs Manag.* 2018;26(8):1074-82.
157. Chan ZC, Tam WS, Lung MK, Wong WY, Chau CW. A systematic literature review of nurse shortage and the intention to leave. *J Nurs Manag.* 2013;21(4):605-13.
158. Hayes LJ, O'Brien-Pallas L, Duffield C, Shamian J, Buchan J, Hughes F, et al. Nurse turnover: A literature review - an update. *Int J Nurs Stud.* 2012;49(7):887-905.
159. McGilton KS, Boscart VM, Brown M, Bowers B. Making tradeoffs between the reasons to leave and reasons to stay employed in long-term care homes: Perspectives of licensed nursing staff. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(6):917-26.
160. Shin S, Park JH, Bae SH. Nurse staffing and nurse outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Nurs Outlook.* 2018;66(3):273-82.
161. Stone R, Wilhelm J, Bishop CE, Bryant NS, Hermer L, Squillace MR. Predictors of intent to leave the job among home health workers: Analysis of the National Home Health Aide Survey. *Gerontologist.* 2017;57(5):890-9.
162. Zúñiga F, Chu CH, Boscart V, Fagertun A, Gea-Sánchez M, Meyer J, et al. 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;5:2333721419844344.
163. Branger K. Auf dem Weg zur Gleichstellung von Frau und Mann. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik; 2019.
164. Samuel R, Berger L, Bergman MM. Lebensstile, Konsum und Zukunftsperspektiven junger Erwachsener in der Schweiz. Bern: Eidgenössische Jugendbefragungen ch-x, Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport; 2017.
165. Williams JC, Berdahl JL, Vandello JA. Beyond work-life "integration" *Annu Rev Psychol.* 2016;67:515-39.
166. Nilsen W, Skipstein A, Ostby KA, Mykletun A. Examination of the double burden hypothesis-a systematic review of work-family conflict and sickness absence. *Eur J Public Health.* 2017;27(3):465-71.
167. Weale VP, Wells Y, Oakman J. The relationship between workplace characteristics and work ability in residential aged care: What is the role of work-life interaction? *J Adv Nurs.* 2019;75(7):1427-38.
168. Zhang Y, Punnett L, Nannini A. Work-family conflict, sleep, and mental health of nursing assistants working in nursing homes. *Workplace Health Saf.* 2017;65(7):295-303.
169. Netemeyer RG, Boles JS, McMurrian R. Development and validation of work-family conflict and family-work conflict scales. *J Appl Psychol.* 1996;81(4):400-10.
170. Bae SH, Fabry D. Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcomes: Systematic literature review. *Nurs Outlook.* 2014;62(2):138-56.
171. Pérez-Fuentes MdC, Molero Jurado MdM, Martos Martínez Á, Gázquez Linares JJ. Analysis of the risk and protective roles of work-related and individual variables in burnout syndrome in nurses. *Sustainability.* 2019;11(20):5745.
172. van Dick R, Stegmann S. Sinnvolle Arbeit ist identitätsstiftend – Zur Bedeutung der sozialen Identifikation als Wirkmechanismus zwischen Bedeutsamkeit der Aufgabe und Arbeitseinstellungen / Meaningful work contributes to identity development – The role of social identification as a mediator of the task significance-job attitude relation. *Arbeit.* 2016;24(1-2):49-66.
173. Bengel J, Lyssenko L. Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter – Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2012.



174. Krane L, Larsen E, Nielsen C, Stapelfeldt C, Johnsen R, Risor M. Attitudes towards sickness absence and sickness presenteeism in health and care sectors in Norway and Denmark: A qualitative study. *BMC Public Health*. 2014;14(1):880.
175. Schalk R. The influence of organizational commitment and health on sickness absenteeism: A longitudinal study. *J Nurs Manag*. 2011;19(5):596-600.
176. 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):e12598.
177. Castle NG, Ferguson-Rome JC. Influence of nurse aide absenteeism on nursing home quality. *Gerontologist*. 2015;55(4):605-15.
178. Dhaini S, Zúñiga F, Ausserhofer D, Simon M, Kunz R, De Geest S, et al. Are nursing home care workers' health and presenteeism associated with implicit rationing of care? A cross-sectional multi-site study. *Geriatr Nurs*. 2017;38(1):33-8.
179. Schneider D, Winter V, Schreyögg J. Job demands, job resources, and behavior in times of sickness: An analysis across German nursing homes. *Health Care Manage Rev*. 2018;43(4):338-47.
180. Dhaini S, Zúñiga F, Ausserhofer D, Simon M, Kunz R, De Geest S, et al. Absenteeism and presenteeism among care workers in Swiss nursing homes and their association with psychosocial work environment: A multi-site cross-sectional study. *Gerontology*. 2016;62(4):386-95.
181. Castle NG. Consistent assignment of nurse aides: Association with turnover and absenteeism. *J Aging Soc Policy*. 2013;25(1):48-64.
182. Davis KG, Kotowski SE. Prevalence of musculoskeletal disorders for nurses in hospitals, long-term care facilities, and home health care: A comprehensive review. *Hum Factors*. 2015;57(5):754-92.
183. Costello H, Walsh S, Cooper C, Livingston G. A systematic review and meta-analysis of the prevalence and associations of stress and burnout among staff in long-term care facilities for people with dementia. *Int Psychogeriatr*. 2018;31(8):1-14.
184. Eidgenössisches Departement des Inneren, Bundesamt für Statistik. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 – Telefonischer und schriftlicher Fragebogen 2007. Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sqb.html>.
185. Maslach C. *Burnout: The cost of caring*. Engelwood Cliffs, NY: Prentice Hall; 1982.
186. Westermann C, Kozak A, Harling M, Nienhaus A. Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: Systematic literature review. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(1):63-71.
187. Stocker D, Jäggi J, Künzi K, Goebel S, Zumstein N. *Fachkräfte-Erhalt in der Langzeitpflege – Ansätze zur Gestaltung attraktiver Arbeitsbedingungen. Ein Handlungsleitfaden für Alters- und Pflegeheime, Spitex-Organisationen und Beratende. Arbeitspapier 51. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz; 2020.*
188. Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady ET. *Advanced practice nursing: An integrative approach*. St. Louis: Elsevier; 2014.
189. Benner P. *Stufen zur Pflegekompetenz*. Bern: Hogrefe; 2017.
190. Donald F, Martin-Misener R, Carter N, Donald EE, Kaasalainen S, Wickson-Griffiths A, et al. A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *J Adv Nurs*. 2013;69(10):2148-61.
191. Bakerjian D. Care of nursing home residents by advanced practice nurses: A review of the literature. *Res Gerontol Nurs*. 2008;1(3):177-85.
192. Morilla-Herrera JC, Garcia-Mayor S, Martín-Santos FJ, Kaknani Uttumchandani S, Leon Campos Á, Caro Bautista J, et al. A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *Int J Nurs Stud*. 2016;53:290-307.
193. Bell CL, Tamura BK, Masaki KH, Amella EJ. Prevalence and measures of nutritional compromise among nursing home patients: Weight loss, low body mass index, malnutrition, and feeding dependency. A systematic review of the literature. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(2):94-100.
194. Katz PR, Ryskina K, Saliba D, Costa A, Jung HY, Wagner LM, et al. Medical care delivery in US nursing homes: Current and future practice. *Gerontologist*. 2020.



195. Zúñiga F, Basinska K, Kressig RW, Zeller A, Simon M, für das INTERCARE-Forschungsteam. Das Projekt INTERCARE: pflegegeleitete Versorgungsmodelle in der Langzeitpflege. *Primary and Hospital Care*. 2017;17(14):270-1.
196. Bundesamt für Gesundheit und palliative ch. Gesundheitliche Vorausplanung mit Schwerpunkt "Advance Care Planning". Nationales Rahmenkonzept für die Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2018.
197. Basinska K, Guerbaai RA, Simon M, De Geest S, Wellens NIH, Serdaly C, et al. A nurse-led care model to strengthen geriatric expertise in nursing homes: The development and content of the INTERCARE model. Basel: Nursing Science, Department Public Health, University of Basel; 2021.
198. OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2019.



7 Annexe

7.1 Contexte de l'étude

L'évolution démographique en Suisse, avec une proportion croissante de personnes âgées vivant plus longtemps, va faire augmenter la demande de services et d'offres de soutien ainsi que les besoins en soins et en accompagnements stationnaires. Malgré la diversité grandissante des modèles de logement et de soins pour les personnes âgées, un nombre croissant d'entre elles est pris en charge dans des établissements médico-sociaux de longue durée.

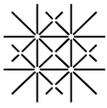
Diverses recherches ont été consacrées à ce domaine au cours des dernières décennies, dont l'étude SHURP 2013, qui ont permis de mieux comprendre les relations entre les caractéristiques organisationnelles des EMS suisses et les caractéristiques des résident.e.s et du personnel soignant et d'accompagnement. De nombreuses publications sont issues de SHURP 2013 : elles traitent, par exemple, de la qualité des soins, de la maltraitance des personnes âgées, des situations d'agression et du rationnement implicite des soins. Ces publications examinent également plus en détail divers résultats de l'enquête auprès du personnel soignant et d'accompagnement tels que la rétention du personnel, la satisfaction au travail, l'intention de démissionner, le stress au travail, le mobbing, les problèmes de santé, l'absentéisme et le présentéisme (pour un résumé des résultats, voir <https://shurp.unibas.ch/fr/conferences-publications-2/>).

La seconde édition, SHURP 2018, a été lancée sur la base des résultats glanés lors de la première édition et dans le contexte de l'introduction de nouveaux indicateurs nationaux de qualité dans les soins de longue durée. L'étude SHURP 2018 a notamment pour objectif d'étudier la relation entre ces indicateurs médicaux de qualité et les caractéristiques organisationnelles des EMS, les caractéristiques du personnel, la qualité de l'environnement de travail et la charge de travail du personnel.

7.2 Les objectifs de l'étude

Les objectifs de l'étude SHURP 2018 sont les suivants :

1. Décrire les caractéristiques organisationnelles des EMS, les caractéristiques du personnel, la qualité de l'environnement de travail, la charge de travail et l'ampleur du rationnement implicite des soins dans les EMS suisses.
2. Décrire les caractéristiques et les résultats des résident.e.s des EMS sur la base des indicateurs nationaux de qualité (mesures limitant la liberté de mouvements, malnutrition, douleur, polymédication) et le taux d'hospitalisations non planifiées.



3. Étudier la relation entre les caractéristiques des EMS et du personnel, leur environnement de travail, la charge de travail et le rationnement implicite des soins avec, d'une part, les caractéristiques des résident.e.s et, d'autre part, les résultats liés aux résident.e.s.
4. Identifier des éléments pour le développement de la qualité des soins et du personnel des EMS à travers des rapports individuels, des rapports de benchmarking et lors de rencontres régionales.

En présentant les résultats descriptifs de l'étude, ce rapport se concentre sur les deux premiers objectifs cités ci-dessus. Pour les analyses de corrélation (objectif 3), diverses recherches scientifiques sont en cours et seront publiées au cours des prochaines années. L'objectif 4 a déjà été atteint : chaque EMS participant a reçu un rapport avec ses données individuelles deux à trois mois après la fin de la collecte de données dans son établissement. Début 2020, deux rapports de benchmarking ont été envoyés : l'un se concentrait sur la comparaison des résultats liés aux résident.e.s, l'autre sur la comparaison des caractéristiques des établissements et des résultats de l'enquête auprès du personnel. Les rapports n'étaient accessibles que par les EMS ayant participé à l'étude. Finalement, entre novembre 2019 et février 2020, six rencontres régionales ont été organisées (quatre en Suisse alémanique et deux en Suisse romande) auxquelles ont participé au total 58% des EMS de SHURP 2018. Ces derniers ont eu l'occasion de discuter de l'utilisation des résultats de l'enquête dans leurs établissements.

7.3 Échantillon et recrutement

SHURP 2018 est une étude multisite et transversale basée sur un échantillon de convenance non représentatif. Les participants ont payé des frais de participation pour participer à l'étude. Le recrutement s'est fait en deux étapes. Dans un premier temps, tous les EMS ayant participé à l'étude SHURP 2013 ont été contactés. Dans un deuxième temps, les efforts de recrutement ont été étendus à d'autres EMS. Les critères d'inclusion des établissements intéressés étaient d'être reconnu par son canton comme un établissement médico-social et travailler avec RAI-NH, BESA ou PLAISIR/PLEX. Au total, 118 EMS de Suisse alémanique et de Suisse romande ont participé à l'étude ; le canton du Tessin n'y a pas participé.

7.4 Déroutement de l'enquête

Les données de SHURP 2018 ont été collectées entre septembre 2018 et octobre 2019. Durant cette période, les 118 EMS participants ont pu choisir une période de deux mois au cours de laquelle l'enquête a eu lieu. La collecte de données a été effectuée à trois niveaux et avec différents questionnaires : au niveau de l'établissement, au niveau des unités/des responsables d'unité et au niveau du personnel des établissements. En ce qui concerne les résident.e.s, des données de routine et des données administratives ont été collectées. Vous trouverez ci-dessous un aperçu des instruments de mesure :



- Questionnaire «Profil de l'établissement»
- Questionnaire «Profil de l'unité» : partie A (caractéristiques et organisation de l'unité) et partie B (questions aux responsables d'unité)
- Questionnaire «Personnel» (différents questionnaires selon les groupes professionnels)
- Exportation de données de routine des résident.e.s (RAI-NH, BESA, PLAISIR/PLEX)

Questionnaire «Profil de l'établissement». Les EMS participants ont chacun reçu un questionnaire «Profil de l'établissement» comprenant des questions liées à l'établissement. Le questionnaire a été rempli par le/la directeur.trice d'EMS et/ou le/la responsable des soins. Ce questionnaire se concentre sur les caractéristiques organisationnelles de l'établissement et inclut des questions sur le personnel, les résident.e.s et la qualité des soins. Pour calculer le taux d'hospitalisation, nous avons demandé aux établissements de fournir le nombre d'hospitalisations au cours des 12 derniers mois et le nombre de jours de résidence au cours de la même période.

Questionnaire «Profil de l'unité». Les établissements participants ont reçu un questionnaire pour chacune de leurs unités. Celui-ci comportait deux parties : la partie A portait sur le profil de l'unité (c'est-à-dire sa structure, y compris, par exemple, ses spécialisations, sa dotation en personnel) et a été remplie par le responsable d'unité concerné. La partie B s'est concentrée sur la qualité des soins offerts par l'unité et sur sa perception de la qualité, en tant que responsable d'unité. Remplir la partie B du questionnaire était facultative et possible plusieurs fois par unité (par ex., s'il y avait des co-responsables).

Questionnaire «Personnel». Les données relatives au personnel ont été collectées à l'aide de questionnaires spécifiques destinés aux différents groupes professionnels auxquels les personnes interrogées appartenaient. Les EMS participants ont reçu un à trois questionnaires différents : un questionnaire pour le personnel soignant et d'accompagnement, un pour les infirmier.ère.s expert.e.s et un troisième pour le personnel travaillant dans les autres secteurs de l'EMS (par ex., le personnel administratif, hôtelier).

La participation à l'enquête était volontaire et anonyme. Les questionnaires ont été codés de manière à pouvoir être attribués à un établissement et à une unité, à des fins d'analyse. Les questionnaires ont été renvoyés par le biais d'enveloppes de retour individuelles et préaffranchies. La protection des données a été assurée et toutes les données sont restées confidentielles. L'étude a été soumise au comité d'éthique responsable pour examen et a été déclarée sans risques.

Données de routine des résident.e.s. L'accès aux données des résident.e.s dépendait de l'instrument utilisé par l'EMS. Les établissements qui travaillaient avec RAI-NH ont reçu de RAISoft des instructions sur la manière d'exporter les données des résident.e.s. Les données ont été anonymisées et transmises électroniquement à l'INS. Pour les EMS qui travaillaient avec BESA ou PLAISIR/PLEX, l'exportation était



effectuée directement par l'entreprise responsable (BESACare ou EROS). Après avoir reçu la déclaration de consentement par écrit de l'EMS, les entreprises ont transmis les données directement à l'INS. Pour les établissements qui ont travaillé avec PLAISIR/PLEX, il n'était pas encore possible d'obtenir des données concernant les indicateurs de qualité au moment de l'étude SHURP 2018 ; seules des données sociodémographiques des résident.e.s ont été recueillies.

7.5 Analyse des données

Les questionnaires reçus ont été contrôlés par l'INS, les données ont été enregistrées par la société Fifas à Fribourg-en-Brigau (en Allemagne) et les données ont été évaluées par l'INS. L'exactitude des entrées a été assurée par des contrôles de qualité systématiques. Les analyses de données ont été effectuées avec le programme statistique R. Les résultats descriptifs des EMS, des unités et des résident.e.s, ainsi que les données sociodémographiques des personnes ayant répondu à l'enquête, ont été décrits par des pourcentages, des moyennes, des écarts types et des dispersions. Pour les résultats de l'enquête auprès du personnel, des pourcentages d'approbation ont été calculés.