

# SHURP

Swiss Nursing Homes Human Resources Project

## Rapport final de l'enquête relative au personnel de soins et d'accompagnement dans les établissements-médico-sociaux en Suisse

Franziska Zúñiga  
Dietmar Ausserhofer  
Christine Serdaly  
Catherine Bassal  
Sabina De Geest  
René Schwendimann

Bâle en octobre 2013

L'étude SHURP (Swiss Nursing Homes Human Resources Project) est un projet de recherche qui se propose d'amener une meilleure compréhension des conditions structurelles et organisationnelles, de la situation du personnel de soins et d'accompagnement et de celle des résidents au sein des établissements médico-sociaux en Suisse. L'étude SHURP est conduite par l'Institut de soins infirmiers de l'Université de Bâle (Institut für Pflegewissenschaft).

Pour ce rapport d'étude, nous vous remercions d'utiliser les données suivantes concernant les sources : F. Zúñiga, D. Ausserhofer, C. Serdaly, C. Bassal, S. De Geest & R. Schwendimann (2013) : *Rapport final de l'enquête relative au personnel de soins et d'accompagnement dans les établissements-médico-sociaux en Suisse*. Université de Bâle. <http://nursing.unibas.ch/shurp>

Tous droits réservés.

© 2013 Institut für Pflegewissenschaft, Faculté de médecine, Université de Bâle

## Remerciements et préface

A l'occasion de la publication de ce rapport, nous souhaitons adresser aux établissements médico-sociaux pour personnes âgées (EMS) qui ont pris part à cette étude, nos remerciements chaleureux pour leur soutien et leur collaboration !

C'est grâce à la volonté de participation des directions des établissements, des soins et des unités, comme à celle du personnel de soins et d'accompagnement que l'étude SHURP a pu être réalisée en Suisse.

Ils ont apporté, de la sorte, une contribution de premier plan à une meilleure compréhension de caractéristiques de l'organisation, de différentes caractéristiques du personnel et des résidents au sein des EMS suisses.

Nous adressons également nos remerciements aux sponsors qui ont soutenu financièrement l'étude SHURP, et nommément à la Fondation suisse de soins infirmiers (Stiftung Pflegewissenschaft Schweiz), à l'Observatoire suisse de la Santé, à l'Association Alzheimer Suisse, à l'Université de Bâle, à un don anonyme, ainsi qu'à une personne privée (R. Hasler) pour son don. Il est aussi important de citer nos deux partenaires de collaboration que sont la Division Santé de la Haute école spécialisée bernoise qui conduit, dans le contexte de SHURP, l'étude complémentaire RESPONS (Residents Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland), tout comme la Haute école de Santé Fribourg (HEdS-FR) qui s'est engagée dans les enquêtes sur certaines questions spécifiques concernant le personnel de soins et d'accompagnement.

De plus, de nombreuses Organisations soutiennent l'étude SHURP en tant que membres de son Groupe d'intérêt (« Stakeholder ») (dans l'ordre alphabétique) : **AFIPA/VFA** Association Fribourgeoise des Institutions pour Personnes âgées / Vereinigung Freiburgischer Alterseinrichtungen, **ASDSI / SVPL** Association suisse des directrices et directeurs des services infirmiers, **ASI / SBK** Association suisse des infirmières et infirmiers, **Association suisse des services d'aide et de soins à domicile**, **AV-DEMS** Association Vaudoise d'Établissements Médico-Sociaux, **BZG** Bildungszentrum Gesundheit Basel-Stadt (Centre de formation Santé, Département de l'éducation, Bâle-Ville), **CDS / GDK** Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la Santé, **Curahumanis** Association professionnelle pour l'assistance aux personnes âgées et les soins de longue durée, **CURAVIVA** Associations des homes et institutions sociales suisses, **DSS** Dipartimento della sanità e della socialità, Divisione dell'azione sociale e delle famiglie e Ufficio del medico cantonale (Département de la Santé et du social, division de l'action sociale et de la famille et Bureau du médecin cantonal), **DVSP** Dachverband Schweizer Patientenstellen / Fédération suisse des patients, **IG PH SRK** Communauté d'intérêts suisse des auxiliaires de santé CRS, **OBSAN** Observatoire suisse de la Santé, **OdASanté** Organisation faitière nationale du monde du travail en Santé, **OFSP / BAG** Office fédéral de la Santé publique,

*Senesuisse* Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées Suisse, tout comme des personnes privées.

Les résultats de l'étude, tout comme les analyses scientifiques complémentaires qui ont déjà débuté, apportent une contribution substantielle pour la promotion et la poursuite du développement des conditions de travail pour le personnel de soins et d'accompagnement, pour la formation des directions et la planification du personnel ; ils contribuent de cette façon à la poursuite du développement de la qualité des soins et de l'accompagnement dans les EMS suisses.

Franziska Zúñiga, MSN

Responsable de projet

Christine Serdaly, MS

Responsable de projet Suisse  
romande

Dr. René Schwendimann

Directeur de l'étude

## Table des matières

Résumé de l'étude .....	1
1. Introduction.....	5
1.1. Contexte.....	5
1.2. Objectifs de l'étude.....	5
1.3. Méthode.....	6
1.3.a. Élaboration de l'enquête et échantillon .....	6
1.3.b. Questionnaire et déroulement de l'enquête .....	6
1.3.c. Gestion et analyse des données.....	7
1.4. EMS participant à leur propre initiative .....	7
1.5. Elaboration et contenu du rapport .....	8
2. Résultats.....	9
2.1. Caractéristiques des établissements.....	9
2.1.a. Données relatives à l'établissement.....	9
2.1.b. Données concernant les résidants .....	15
2.1.c. Prestations de soins particulières et offres d'accompagnement.....	18
2.1.d. Offres spécifiques pour la démence.....	19
2.2. Conséquences chez les résidants .....	21
2.2.a. Indicateurs de qualité.....	21
2.2.b. Situations d'agression vécues.....	22
2.2.c. Maltraitance observée à l'égard des personnes âgées.....	23
2.2.d. Evaluation de la qualité des soins et de l'accompagnement.....	24
2.3. Résultats de l'enquête auprès du personnel .....	25
2.3.a. Description du personnel .....	25
2.3.b. Qualité de l'environnement de travail .....	27
2.3.c. Collaboration .....	28
2.3.d. Stress au travail.....	29
2.3.e. Sécurité des résidants.....	30
2.3.f. Heures supplémentaires .....	31
2.3.g. Rationnement des soins .....	32
2.4. Conséquences chez le personnel de soins et d'accompagnement.....	33
2.4.a. Satisfaction au travail / Recommandation du lieu de travail .....	33
2.4.b. Identification à l'entreprise.....	34
2.4.c. Identification à la profession .....	34
2.4.d. Épuisement émotionnel .....	35
2.4.e. Problèmes de santé .....	35
2.4.f. Absentéisme / Présentéisme .....	36
2.4.g. Blessure par piqûre d'aiguille.....	37

2.4.h.	Intention de quitter son travail.....	37
2.4.i.	Mobbing .....	38
2.4.j.	Régulation émotionnelle.....	38
3.	Synthèse des résultats et discussion.....	39
3.1.	Synthèse des résultats .....	39
3.1.a.	Attractivité des soins de longue durée .....	39
3.1.b.	Le défi de la démence.....	40
3.1.c.	Forces régionales et besoins en soins .....	40
3.1.d.	Un personnel de soins chargé physiquement et psychiquement.....	41
3.1.e.	Les réserves de recrutement se situent à la frontière .....	41
3.1.f.	Lutte pour le maintien de la qualité des soins.....	42
3.2.	Suites .....	42
4.	Bibliographie .....	44
5.	Annexe.....	51

**Liste des tableaux**

Table 1: Nombre d'EMS participants selon la taille de l'établissement, la région linguistique et le statut juridique.....	9
Table 2: Caractéristiques organisationnelles selon la taille de l'EMS.....	10
Table 3: Caractéristiques organisationnelles selon la taille de l'EMS (suite) .....	13
Table 4: Caractéristiques des résidants.....	16
Table 5: Charge en soins des résidants.....	16
Table 6: Part des résidants avec une démence par établissement.....	17
Table 7: Prestations particulières de soins et d'accompagnement dans les EMS.....	18
Table 8: Infrastructures et personnel spécifiques pour la démence au niveau de l'unité .....	20
Table 9: Fréquence (%) de différentes conséquences chez les résidants.....	22
Table 10: Caractéristiques du personnel de soins et d'accompagnement interrogé .....	25
Table 11: Pays de la formation du personnel de soins et d'accompagnement interrogé.....	27
Table 12: Comparaison % de résidants par groupes de charge en soins dans SHURP avec % jours de soins par groupes de charge en soins dans SOMED 2011.....	52
Table 13: Fréquence (%) des conséquences chez les résidants dans les établissements .....	53
Table 14: Fréquence des situations d'agression .....	54
Table 15: Maltraitance à l'égard des personnes âgées.....	55
Table 16: Qualité des soins et de l'accompagnement.....	56
Table 17: Qualité de l'environnement de travail .....	57
Table 18: Collaboration.....	59
Table 19: Stress au travail .....	60
Table 20: Sécurité des résidants – Travail en équipe / Climat de sécurité / Reconnaissance du stress.	62
Table 21: Heures supplémentaires.....	64
Table 22: Rationnement des soins.....	65
Table 23: Satisfaction au travail / Recommandation de son lieu de travail.....	67
Table 24: Identification à l'entreprise / à la profession .....	68
Table 25: Épuisement émotionnel.....	69
Table 26: Problèmes de santé .....	70
Table 27: Absentéisme / Présentéisme .....	71
Table 28: Blessures par piqûre d'aiguille.....	72
Table 29: Intention de quitter son travail.....	73
Table 30: Mobbing.....	74
Table 31: Régulation émotionnelle.....	75

**Liste des figures**

Figure 1: Modèle SHURP « Facteurs influençant la qualité des soins et de l'accompagnement » ..... 6  
Figure 2: Répartition des EMS participants selon les trois régions linguistiques ..... 9  
Figure 3: Profils d'équipe selon la région linguistique..... 13  
Figure 4: Répartition des catégories de soins dans les trois régions linguistiques ..... 17  
Figure 5: Unités avec des infrastructures spécifiques pour la démence selon les régions linguistiques 20



## Abréviations

AFP / EBA	Attestation fédérale de formation professionnelle, Eidgenössisches Berufsat- test
ASE	AssistantE socio-éducatifVE
ASSC	AssistantE en soins et Santé communautaire
BESA	Bewohnerinnen Erfassungs- und Abrechnungssystem (Système de saisie et de comptabilisation des prestations de soins et d'accompagnement des rési- dants)
BSN	Bachelor of Science in Nursing
CDIP / EDK	Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique, Erzie- hungsdirektorenkonferenz
CDS / GDK	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la Santé, Ge- sundheitsdirektorenkonferenz
CFC, EFZ	Certificat fédéral de capacité, Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis
CRS / SRK	Croix-Rouge suisse, Schweizerisches Rotes Kreuz
D	Suisse-allemande / Suisse-alémanique
DNII	Diplôme niveau II
EMS	Établissement médico-social
ESS / SGB	Enquête suisse sur la Santé, Schweizerische Gesundheitsbefragung
ET	Ecart-type
F	Suisse-romande / Suisse-francophone / Romandie
HES / FH	Haute école spécialisée, Fachhochschule
ES / HF	Ecole supérieure, Höhere Fachschule,
I	Suisse-italienne / Tessin
IKP	Integrierte Krankenpflege
MOY	Moyenne
MSN	Master of Science in Nursing
Obsan	Observatoire suisse de la Santé, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OdaSanté	Organisation faîtière nationale du monde du travail en Santé
OFS / BFS	Office fédéral de la statistique, Bundesamt für Statistik
OFSP / BAG	Office fédéral de la Santé publique, Bundesamt für Gesundheit
PLAISIR	Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis
RAI	Resident Assessment Instrument
RESPONS	Residents Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland

SEFRI / SBFI	Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation, Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation
SECO	Secrétariat d'Etat à l'économie
SOMED	Statistique des institutions médico-sociales

## Résumé de l'étude

SHURP (*Swiss Nursing Homes Human Resources Project*) est une étude transversale multicentrique à laquelle ont participé 181 établissements médico-sociaux (EMS) suisses des régions alémanique, francophone et italophone. Parmi eux, 163 établissements ont représenté un échantillon aléatoire sur les 1600 EMS suisses. L'étude SHURP (2011-2013) de l'Institut de recherche en soins infirmiers de l'Université de Bâle a pu clore avec succès la collecte des données en juin 2013.

L'étude SHURP doit permettre de gagner une connaissance étendue des relations entre les profils structurels et organisationnels des établissements, les caractéristiques du personnel de soins et d'accompagnement et les conséquences chez les résidants au sein des EMS suisses, pour répondre à des questions pressantes dans les soins de longue durée. Pour ce faire, des enquêtes couvrant différents thèmes ont été effectuées, portant, par exemple, sur les caractéristiques du personnel de soins et d'accompagnement (formation, expérience professionnelle, etc.), les structures de l'établissement (taille, profil de l'équipe, etc.), l'environnement de travail (collaboration, charge de travail, etc.), les conséquences chez les résidants (événements indésirables, etc.), ou encore sur les conséquences chez le personnel de soins et d'accompagnement (satisfaction au travail, santé, intention de démission, etc.).

### *Participation élevée à l'étude – intérêt marqué des EMS*

L'étude SHURP se distingue par une participation élevée fort réjouissante de la part du personnel de soins et d'accompagnement au sein des établissements participants. Des EMS sélectionnés de manière aléatoire, 5'323 questionnaires ont été complétés, ce qui correspond à un taux de retour d'environ 76%. A cela s'ajoutent les données détaillées, au niveau de l'établissement en général, de 163 établissements, ainsi que celles de 434 unités individuelles de ces mêmes établissements. L'échantillon aléatoire d'EMS a été réparti, d'un point de vue numérique, sur les trois régions linguistiques de la façon suivante : Suisse-alémanique 123 (75%), Romandie 31 (19%) et Tessin 9 (6%). Du point de vue de leur taille, les EMS se répartissent en 64 petits (20-49 lits), 75 moyens (50-99 lits) et 24 grands ( $\geq 100$  lits). 61% des EMS participants présentent une situation plutôt rurale, alors que 39% sont plutôt citadins. Sur le plan du statut juridique, 37% des établissements sont des structures publiques, 27% des entités privées subventionnées et 36% des entités privées.

### *Résidants, besoins en soins et prestations existantes*

Les données socio-démographiques, la durée de séjour et les catégories de soins de 10'061 résidants ont été récoltées dans les EMS de l'étude SHURP. Leur âge moyen se situe à 84.7 ans et la part des femmes est de 73.6%. La durée moyenne de séjour est de 1'274 jours (3.5 années), et les catégories des soins requis (0-12) se répartissent de la façon suivante : catégories 0-3, 26%, catégories 4-6, 27%,

catégories 7-9, 33% et catégories 10-12, 11% (3% n'étaient pas associés à une catégorie). Les EMS participants présentent une variété de prestations de soins particulières et d'offres d'accompagnement. Les soins les plus souvent mentionnés sont ceux concernant les démences (86%), les soins palliatifs (82%) et les unités d'accueil temporaire / courts-séjours (71%). Les offres spécifiques pour les démences avec une infrastructure, une forme d'habitat adaptés et du personnel spécifiquement formé n'existent en tout que dans un à deux tiers des unités interrogées ayant une spécificité concernant les démences. Dans les EMS interrogés, 33% des résidants présentent une démence diagnostiquée médicalement, et 27% supplémentaires des résidants montrent des symptômes de démence sans qu'un diagnostic correspondant n'ait été établi.

#### *Une qualité des soins et d'accompagnement élevée malgré un manque de temps*

Selon les indicateurs qualité utilisés, la qualité des soins et de l'accompagnement est élevée dans son ensemble. Les résidants présentent relativement peu d'escarres de décubitus (2.7%), d'infections des voies urinaires (5.1%), de perte de poids (4.5%) et de mesures de contention (2.9% d'attaches au niveau du corps) ; les résultats entre les établissements présentent cependant pour chaque indicateur des différences marquées. 93% du personnel de soins et d'accompagnement interrogé est plutôt ou très satisfait de la qualité des soins et de l'accompagnement dans son établissement, et 83% recommanderaient probablement ou sûrement leur EMS à un membre de leur famille ou à un ami. D'un autre côté, il manque souvent du temps au personnel de soins et d'accompagnement pour s'informer de manière complète quant à l'état du ou de la résidant-e (35%). Un tiers des personnes interrogées déclare devoir souvent laisser attendre un-e résidant-e, et plus d'un cinquième n'a, parfois jusqu'à souvent, pas le temps d'offrir un soutien émotionnel aux résidants qui manifestent des peurs ou des préoccupations. De même, il manque, parfois à souvent, à un quart des personnes interrogées du temps pour des soins qui favorisent ou maintiennent l'autonomie des résidants.

#### *Le personnel de soins et d'accompagnement – Profil d'équipe, formation et expérience professionnelle*

Le personnel de soins et d'accompagnement dans les EMS suisses est constitué au total de 31% de personnes avec une formation de niveau tertiaire (titre d'une Haute école spécialisée (HES) ou d'une Ecole supérieure (ES)) ; 42% des autres professionnels ont une formation de niveau secondaire (CFC ou AFP, y.c. Certificat d'aide-soignantE CRS), et les derniers 27% sont constitués du personnel d'aide non qualifié qui comprend les personnes qui ont, par exemple, suivi une formation d'auxiliaire de Santé auprès de la Croix-Rouge suisse. Dans l'ensemble, la proportion de ce personnel d'aide en Suisse-alsacienne est deux fois plus importante que dans les autres régions, avec près de 32%.

Il y a, parmi les professionnels de la Santé de niveau tertiaire, près de deux tiers des personnes interrogées qui ont suivi leur formation en Suisse et un plus d'un tiers à l'étranger (15% en Allemagne, 9%

en France, et 14% dans d'autres pays). L'expérience professionnelle dans un métier de soins et d'accompagnement se répartit, en années, de la façon suivante : moins de 5 ans, 19%, 5 à 15 ans, 39% et plus de 15 ans, 42%. Environ un tiers du personnel de soins et d'accompagnement a plus de 50 ans et, de la sorte, partira à la retraite dans les 10 à 15 prochaines années.

#### *Satisfaction du personnel et bonnes conditions de travail*

La satisfaction du personnel avec son lieu de travail est, dans l'ensemble, appréciée positivement par le personnel de soins et d'accompagnement : 88% sont plutôt ou très satisfaits de leur place de travail, et 87% des personnes interrogées recommanderaient leur lieu de travail à un ou une collègue comme un bon lieu de travail.

La qualité de l'environnement de travail dans les domaines de la direction (« management »), des possibilités de participation, des ressources, comme de l'autonomie dans le travail sont dans l'ensemble positivement appréciées. L'approbation respective dans chacun des domaines varie selon chaque caractéristique : entre 72% et 90% pour la direction, entre 77% et 90% pour la participation, entre 61% et 76% pour les ressources et le personnel, et pour l'autonomie, l'approbation est de 82%. Le personnel de soins et d'accompagnement interrogé évalue la qualité de la collaboration au sein de sa propre équipe et avec les différents autres groupes professionnels de manière très positive dans l'ensemble. L'approbation va de 85% (collaboration avec le directeur ou la directrice de l'établissement) à 89% (collaboration avec le médecin) jusqu'à 96% (collaboration avec les collègues de l'équipe). Malgré cette approbation élevée, les valeurs entre les différents établissements varient fortement.

#### *Charge de travail, stress et problèmes de santé*

Diverses situations de stress et de problèmes physiques et psychiques de santé, auxquels le personnel de soins et d'accompagnement dans les EMS est confronté, sont mises en évidence. La majorité des personnes interrogées souffre un peu ou beaucoup de maux de dos ou de reins (71%), d'un manque d'énergie (66%), ou de douleurs articulaires ou rhumatismales (51%). En outre, près d'un quart du personnel de soins et d'accompagnement indique être émotionnellement épuisé une fois par semaine ou plus, et plus d'un tiers se sent épuisé à la fin de la journée. Le personnel de soins et d'accompagnement vit également les comportements agressifs de la part de résidents ; là, le comportement agressif verbal est le plus fréquent (23%), suivi d'agressions corporelles (10%). Les caractéristiques liées au harcèlement psychologique (« mobbing ») au travail sont peu citées par les personnes interrogées (1.9% à 4.7%).

## *Fidélité à l'établissement et difficultés de recrutement*

Le lien du personnel de soins et d'accompagnement à son lieu de travail présente des valeurs d'approbation de 63% (fierté de travailler pour cette institution) jusqu'à 75% (concordance entre sa propre représentation de bons soins et d'un bon accompagnement avec celles de son établissement) pour une majorité des personnes interrogées. Néanmoins, une personne sur huit pense souvent à quitter sa place de travail actuelle ou à quitter totalement le travail en EMS.

La grande majorité des établissements (environ 92%) apprécie la situation du recrutement de professionnels de la santé de niveau HES / ES comme étant difficile ou très difficile ; et environ deux tiers des établissements signalent encore une situation de recrutement difficile pour le personnel porteur d'un CFC.

## *SHURP – une contribution importante pour le domaine des EMS en Suisse*

Avec l'étude SHURP, des données, complètes et représentatives au plan national, sur la situation du personnel de soins et d'accompagnement, son environnement de travail et la qualité des soins dans les EMS en Suisse, ont été collectées et sont présentées pour la première fois. Dans des analyses plus poussées, différentes questions seront dès à présent examinées, comme par exemple les relations entre les thématiques abordées dans ce premier rapport. Ces résultats seront publiés dans les années qui viennent dans différents journaux spécialisés, professionnels ou autres, et présentés dans des congrès nationaux et internationaux.

## 1. Introduction

L'étude SHURP (Swiss Nursing Homes Human Resources Project) est un projet de recherche, conduit sur 3 ans (2011-2013) au sein de 181 EMS en Suisse, par l'Institut de recherche en soins infirmiers de l'Université de Bâle [1].

L'étude se fonde sur les résultats de projets de recherche sur le personnel de soins réalisés jusque-là, comme par exemple RN4CAST<sup>1</sup> de l'Institut de recherche en soins infirmiers. L'étude SHURP est centrée sur les établissements de soins de longue durée pour personnes âgées dans lesquels travaillent environ un tiers du personnel de soins et d'accompagnement en Suisse, et dans lesquels vivent, en EMS ou en résidence, plus de 89'000 personnes âgées [2].

### 1.1. Contexte

L'évolution démographique de la Suisse avec une part croissante de personnes plus âgées et vivant plus longtemps dans la société augmentera encore à l'avenir la demande de services et de prestations de soutien, tout comme le besoin de soins stationnaires avec soins et accompagnement [3]. Un nombre croissant de personnes âgées sera accompagné dans les EMS. La recherche s'est consacrée durant ces deux dernières décennies au domaine des soins avec différentes questions, comme par exemple la qualité des soins, les conditions de travail du personnel, les coûts ou la qualité de vie des résidents. Malgré de nombreuses études, en partie d'importance internationale, les relations complexes et les interactions entre ces différents facteurs, qui déterminent en fin de compte la qualité des soins des EMS, n'ont pas été étudiées de façon complète – en particulier en Suisse.

Le but de l'étude SHURP est ainsi de gagner une compréhension meilleure et complète des relations entre les caractéristiques organisationnelles des EMS et celles des résidents et du personnel dans les EMS en Suisse (cf. Figure 1).

### 1.2. Objectifs de l'étude

Pour répondre aux buts de l'étude, quatre objectifs essentiels d'étude ont été poursuivis :

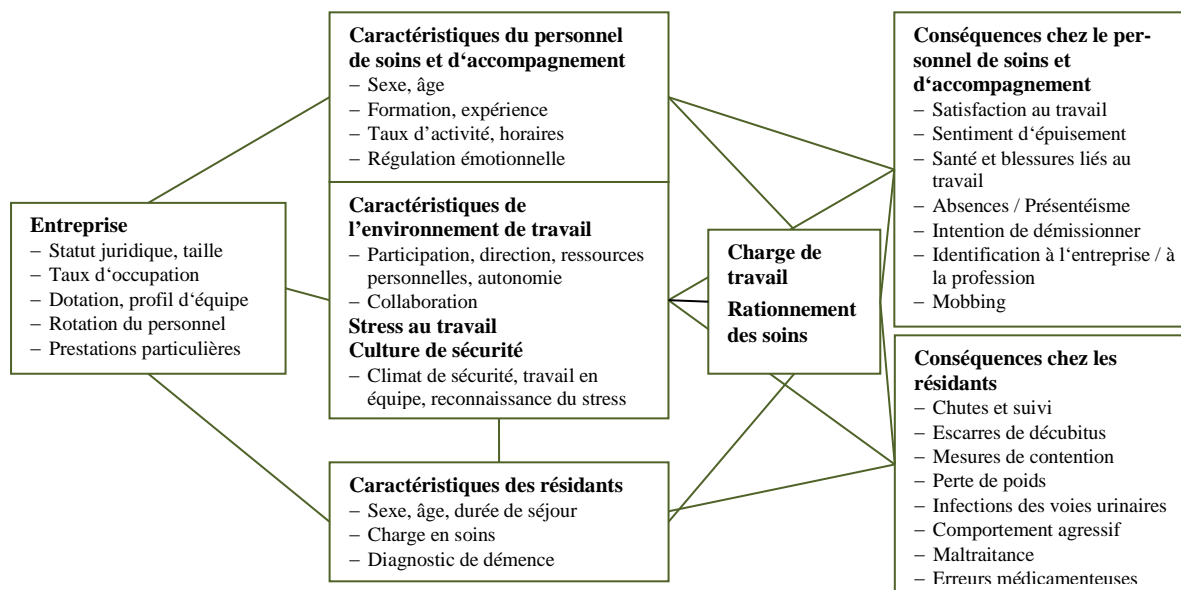
1. Décrire le personnel de soins et d'accompagnement (par ex. âge, catégories de personnel), les caractéristiques organisationnelles (par ex. taux d'occupation, diversité des compétences), l'environnement de travail (par ex. collaboration, soutien par la hiérarchie, charge de travail), ainsi que le climat de sécurité.
2. Recenser la qualité des soins, c'est-à-dire la fréquence de manifestation d'événements indésirables chez les résidents, comme les chutes, les escarres de décubitus, les mesures de contention ou la perte de poids.

---

<sup>1</sup> RN4CAST (Prévisions concernant les infirmiers : planification des ressources humaines dans les soins) : étude financée par le 7<sup>ème</sup> cadre d'action européen dans le domaine de la santé. Plus de 480 hôpitaux, 35 000 soignants et 10 000 patients y ont pris part (en Suisse : 35 hôpitaux, 1 700 soignants et 1 000 patients).

3. Décrire l'impact du travail sur le personnel de soins et d'accompagnement, par exemple la satisfaction au travail, l'épuisement émotionnel ou l'intention de quitter son travail.
4. Étudier la relation entre les caractéristiques organisationnelles des EMS, les facteurs de l'environnement de travail et le climat de sécurité, ainsi qu'avec la manifestation d'événements indésirables chez les résidants et les conséquences liées au travail chez le personnel soignant.

Figure 1: Modèle SHURP « Facteurs influençant la qualité des soins et de l'accompagnement »



### 1.3. Méthode

#### 1.3.a. Élaboration de l'enquête et échantillon

SHURP est une étude transversale multicentrique planifiée sur trois ans. Un échantillon stratifié et aléatoire a été établi en tenant compte des régions linguistiques (Suisse-allemande, romande et italienne) et de la taille des EMS (petits : 20 à 49 lits, moyens : 50 à 99 lits, grands : 100 lits et plus). Les petits établissements (<20 lits) n'ont pas été inclus dans l'étude pour des raisons de méthode. L'objectif était d'inclure environ 160 EMS, leurs directions d'établissement et des soins et 6 000 professionnels des soins et de l'accompagnement (niveau tertiaire et secondaire, incluant le personnel d'aide qualifié, et le personnel auxiliaire non qualifié), impliqués directement dans les soins et l'accompagnement des résidants (sans tenir compte des stagiaires et des étudiants).

#### 1.3.b. Questionnaire et déroulement de l'enquête

*Questionnaires destinés aux institutions et aux unités de soins* : Les établissements ont reçu un questionnaire (partie A) abordant des thèmes généraux sur le fonctionnement de l'EMS tandis que leurs unités participantes ont reçu la partie B du questionnaire, portant sur des questions concernant le tra-



vail au sein des unités et l'impact sur les résidents. Les institutions avaient la possibilité de remplir le questionnaire à la main ou électroniquement. Il leur a été demandé de renvoyer le questionnaire complété à l'Institut de recherche en soins infirmiers jusqu'à la fin de la phase de collecte des données auprès du personnel.

*Informations relatives aux résidents* : Pour les données relatives aux résidents, les établissements ont reçu des instructions pour l'exportation des données RAI et BESA. Les données étaient anonymisées et envoyées de manière électronique à l'Institut de recherche en soins infirmiers. Pour les établissements travaillant avec PLAISIR, les données anonymisées ont été directement mises à disposition par la société EROS gérant l'outil.

*Questionnaire pour le personnel* : Les établissements ont reçu, pour chaque membre du personnel de soins et d'accompagnement des unités participantes, une enveloppe contenant le questionnaire, ainsi qu'une enveloppe-retour préaffranchie. L'enquête a débuté à une date fixée par l'EMS entre mai 2012 et avril 2013, et elle a duré 6 à 8 semaines, en fonction du taux de retour. Les collaborateurs ont renvoyé les formulaires complétés à l'Institut de recherche en soins infirmiers. L'objectif consistait à atteindre un taux de retour de plus de 60%.

La participation à l'enquête s'est effectuée sur une base volontaire. Par ailleurs, chaque questionnaire était codé, de sorte que seules l'institution et l'unité de soins de cette institution (mais pas les participants) pouvaient être identifiées à des fins d'analyse. Par le renvoi des questionnaires, les participants acceptaient de participer à l'étude en connaissance de cause. Cette étude a été approuvée par la Commission cantonale d'éthique compétente.

### 1.3.c. Gestion et analyse des données

Les questionnaires renvoyés ont été contrôlés par l'Institut de recherche en soins infirmiers qui les a ensuite encodés électroniquement et analysés. Des contrôles qualité ont été réalisés, afin de garantir que les données saisies étaient bien correctes. Toutes les données ont été analysées à l'aide du programme de statistique SPSS 20.0. Afin de décrire les caractéristiques des unités et des résidents, ainsi que les informations sociodémographiques des participants, des pourcentages, des valeurs moyennes, des marges de dispersion et des écarts-types ont été calculés. Pour tous les résultats de l'enquête menée auprès des membres du personnel, le taux d'approbation (sauf pour la régulation émotionnelle, voir commentaires à ce sujet) a été calculé à chaque fois. Pour chaque élément cité, il a été indiqué comment le pourcentage d'approbation avait été calculé.

## 1.4. EMS participant à leur propre initiative

Pour l'étude SHURP, les EMS participants ont été choisis, selon une stratification par région linguistique et taille de l'établissement, et de manière aléatoire. Il était en outre possible que des EMS inté-

ressés participent à l'étude à leur demande. 18 établissements au total ont participé à leur propre initiative, quatorze de Suisse-almannique et quatre de Romandie. Quelques-uns ont contacté l'équipe de recherche après avoir entendu parler de l'étude ; d'autres appartenaient, par exemple, à un groupe d'établissements et ont annoncé leur participation spontanément, après que d'autres EMS de leur groupe aient été sélectionnés aléatoirement pour l'étude. Les résultats de ces EMS participant à leur initiative ne sont pas mentionnés dans ce rapport, afin de s'assurer que les résultats de l'enquête ne se réfèrent qu'à l'échantillon représentatif. Les résultats de ces 18 établissements, avec les réponses de 661 personnes des soins et de l'accompagnement interrogées, sont par contre inclus dans le Rapport Benchmark, publié à part. Ce Rapport n'est accessible qu'aux EMS participants, et il leur permet de disposer d'un « Benchmark » (comparatif) au niveau des établissements.

### 1.5. Elaboration et contenu du rapport

Le rapport final, présenté ici, contient les résultats de l'analyse descriptive des données. Il se divise en deux parties complémentaires : 1) la partie des résultats et 2) l'annexe.

La partie des résultats qui suit contient un résumé narratif des résultats importants de l'enquête globale au niveau suisse. Les caractéristiques des établissements seront présentées pour commencer (données relatives à l'établissement et aux résidents), de manière à disposer d'une vue d'ensemble de l'échantillon de cette étude nationale. Ce sont ensuite les résultats concernant les résidents qui seront présentés, et les résultats du questionnaire du personnel de soins et d'accompagnement, structurés selon des aspects de contenu, qui seront décrits. Il y a, au début de chaque section, une brève description du thème en question, et lorsqu'elles sont disponibles, un résumé des connaissances scientifiques importantes relatives au thème concerné. Au sein de différentes thématiques, les différences et les éléments frappants du point de vue des régions linguistiques (Suisse-almannique, Romandie, Tessin), de la taille de l'établissement (grand, moyen, petit) et du statut juridique (public, privé subventionné, privé) seront commentés, là où se présente, par exemple, une différence de mesure d'environ 10% selon la dimension indicative. Une telle différence ne sera pas évaluée pour ce rapport du point de vue de sa signification statistique, mais elle sera l'objet des analyses approfondies qui suivent, en raison des corrélations complexes attendues.

La partie des résultats est suivie d'un chapitre où une sélection de résultats est discutée. L'annexe contient la présentation des résultats de tous les items de l'enquête auprès du personnel. Il y figure en outre des informations détaillées concernant les instruments de mesure / questionnaires (y compris les données de la littérature), plus exactement les questions posées et les catégories de réponses, sur la base desquelles les variables appropriées ont été mesurées.

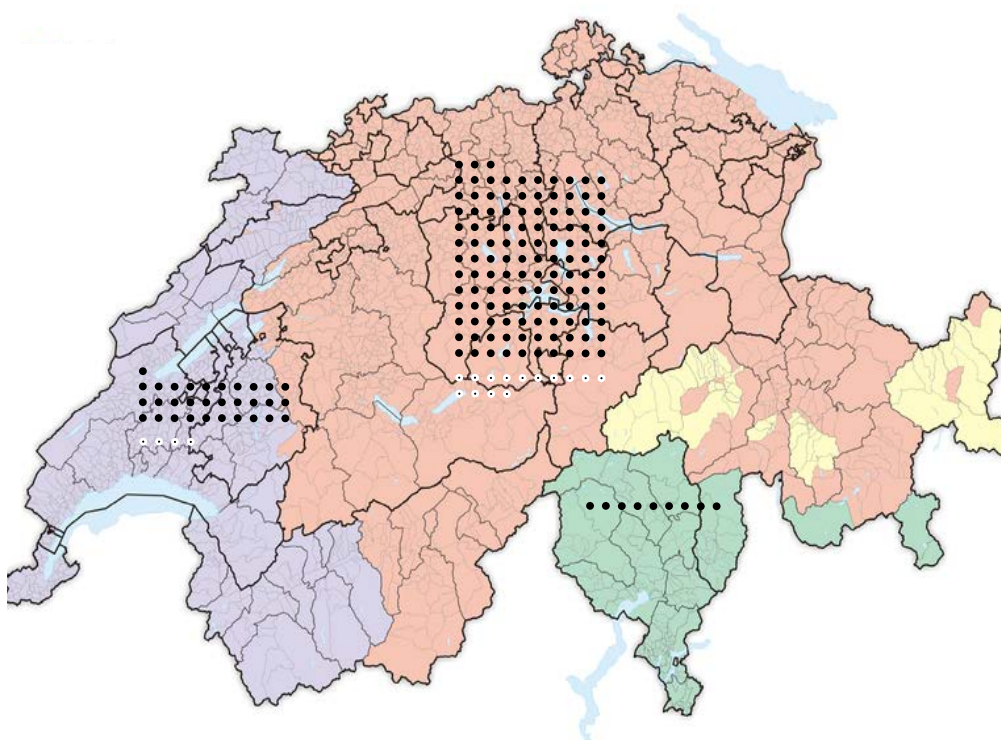
2. Résultats

2.1. Caractéristiques des établissements

2.1.a. Données relatives à l'établissement

163 EMS en Suisse, sélectionnés de manière stratifiée et aléatoire, ont pris part à l'étude SHURP. Les résultats importants des caractéristiques organisationnelles et des paramètres des 163 EMS, qui sont représentatifs pour les trois régions linguistiques de Suisse et les tailles courantes des établissements (cf. Table 1), sont présentés ci-après. La carte ci-dessous présente la répartition régionale des établissements.

Figure 2: Répartition des EMS participants selon les trois régions linguistiques



Points noirs: EMS de l'échantillon aléatoire représentatif  
 Points blancs: EMS ayant participé à leur propre initiative

Table 1: Nombre d'EMS participants selon la taille de l'établissement, la région linguistique et le statut juridique

	Tous (n=163)	Taille des EMS		
		Grands (≥ 100 lits) (n=24)	Moyens (50-99 lits) (n=75)	Petits (20-49 lits) (n=64)
<b>Région linguistique :</b>				
Suisse alémanique (D)	123	22	57	44
Suisse romande (F)	31	1	13	17
Suisse italienne (I)	9	1	5	3

	Taille des EMS			
	Tous (n=163)	Grands (≥ 100 lits) (n=24)	Moyens (50-99 lits) (n=75)	Petits (20-49 lits) (n=64)
Statut juridique <sup>1</sup> :				
Public	60	14	26	20
privé subventionné	44	6	16	22
Privé	59	4	33	22

<sup>1</sup> Les trois statuts juridiques ont été décrits dans le questionnaire d'après la statistique SOMED de l'OFS comme suit :

- Public : c'est-à-dire établissement de droit public
- Privé subventionné : c.à.d. établissement de droit privé subventionné ou avec une garantie publique d'exploitation ou d'investissement et/ou une couverture publique de déficit
- Privé : c.à.d. établissement de droit privé sans garantie publique d'exploitation ou d'investissement et/ou couverture de déficit

Différentes caractéristiques organisationnelles, comme la taille moyenne des unités, le nombre de jours de soins et d'accompagnement ou le taux d'occupation sont énumérés dans la Table 2, sur la base de leur moyenne (MOY) et de l'écart-type (ET).

Table 2: Caractéristiques organisationnelles selon la taille de l'EMS

	Nombre valable n	Taille des EMS							
		Tous (n=163)		Grands (n=24)		Moyens (n=75)		Petits (n=64)	
		MOY	(ET)	MOY	(ET)	MOY	(ET)	MOY	(ET)
Taux de retour des questionnaires pour le personnel (%)	163	76.3	(16.8)	76.1	(15.5)	79.2	(15.2)	72.9	(18.4)
Nombre de lits par institution	163	66.8	(36.3)	134.0	(27.9)	72.7	(13.6)	34.6	(8.6)
Nombre d'unités de soins dans l'institution	163	2.7	(1.7)	5.3	(1.6)	3.0	(1.2)	1.3	(0.8)
Nombre de lits par unité de soins	163	28.6	(11.8)	27.1	(8.2)	28.1	(14.3)	29.7	(9.6)
Journées de soins et d'accompagnement totales en 2011	153	25'796	(24'551)	46'942	(10'361)	30'208	(30'467)	12'222	(3'210)
Taux d'occupation (%)	155	97.3	(4.3)	97.1	(3.1)	97.0	(4.6)	97.6	(4.4)
Nombre de postes temps plein pour 100 lits	160	48.6	(13.3)	47.0	(8.7)	48.9	(12.6)	48.8	(15.7)
Nombre d'étudiants par 100 lits	158	10.0	(6.0)	11.4	(6.1)	10.1	(6.0)	9.2	(6.0)
Profil d'équipe (pourcentage des catégories professionnelles):									
- Personnel tertiaire (en %)	160	30.6	(10.8)	34.5	(9.2)	31.5	(10.6)	27.9	(11.1)
- Personnel secondaire II – CFC ou équiv. (en %)	160	21.0	(10.9)	21.5	(7.7)	20.0	(11.0)	22.1	(12.0)

	Nombre valable n	Taille des EMS							
		Tous (n=163)		Grands (n=24)		Moyens (n=75)		Petits (n=64)	
		MOY	(ET)	MOY	(ET)	MOY	(ET)	MOY	(ET)
– Personnel secondaire II - aide qualifié (en %)	160	20.7	(17.7)	18.4	(10.4)	20.6	(15.6)	21.7	(21.9)
– Personnel auxiliaire non qualifié (en %)	160	27.7	(16.0)	25.6	(12.9)	27.9	(14.9)	28.4	(18.5)
Fluctuation (%)	160	11.0	(10.7)	13.5	(6.8)	10.6	(8.2)	10.5	(14.2)
Durée de l'emploi de la direction de l'EMS, de la direction EMS/soins (une seule fonction) (en années)	155	8.7	(7.6)	12.0	(9.4)	8.2	(6.7)	8.1	(7.7)
Durée de l'emploi de la direction des soins (en années)	151	5.8	(5.6)	6.0	(6.8)	5.9	(5.8)	5.5	(5.0)

<sup>1</sup> 434 unités au total ont participé à l'étude dans les 163 EMS

<sup>2</sup> Description des groupes professionnels :

- Niveau tertiaire : personnel de soins et d'accompagnement avec diplôme universitaire, Haute école spécialisée ou Ecole supérieure (HES / BSN / MSN / ES / DNII / soins généraux / psychiatrie / hygiène maternelle et pédiatrie / IKP; sont assimilés également ici les titres infirmiers DNI ou équivalent
- Niveau secondaire II CFC ou équiv. : personnel des soins et d'accompagnement avec certificat fédéral de capacité ou équivalent (AssistantE en soins et Santé communautaire CFC (ASSC), infirmierE-assistantE CRS ou équivalents, assistantE socio-éducatifVE CFC (ASE) ou équivalent) ; assimilé ici également, animateurTRICE en gérontologie (AV-DEMS / CEFOC / Croix-Rouge fribourgeoise) ou équivalent
- Niveau secondaire II aide qualifié : personnel d'aide-en soins et accompagnement-qualifiéE (Aide-soignantE avec Certificat d'aide-soignantE de la Croix-Rouge Suisse ou équivalent, aide en soins et accompagnement AFP ou équivalent)
- Personnel auxiliaire non qualifié : Aide-infirmierE ou aide-soignantE avec ou sans formation d'Auxiliaire de Santé CRS, stagiaires de longue durée (sans lien avec une formation professionnelle)

Les points suivants, dans la Table 2, montrent des différences en ce qui concerne la taille de l'établissement, la région linguistique ou le statut juridique :

*Taux de retour* : Les taux de retour des questionnaires du personnel de soins et d'accompagnement sont élevés et se situent entre 76.3% ( $\pm 16.8\%$ ). Des différences substantielles ne se présentent que dans les régions linguistiques (D : 78.4%, F : 73.3%, I : 57.4%). Le taux de retour comparativement faible du Tessin peut être lié au fait qu'une enquête auprès du personnel, à l'échelle du canton, s'est déroulée au même moment.

*Postes à temps plein pour 100 lits* : Les EMS participants présentent une moyenne de 48.6 postes à temps plein pour 100 lits ( $\pm 13.3$ ), avec un nombre supérieur de postes en Suisse-romande, suivie par le Tessin et la Suisse-alsacienne (D : 46.0, F : 57.3, I : 54.1).

*Nombre d'apprenants pour 100 lits* : Il y a en moyenne 10 apprenants pour 100 lits dans les établissements. En Suisse-romande, avec 6 apprenants, la moyenne est plus basse que dans les autres régions linguistiques (D : 11.0, I : 9.2). Les établissements publics ont plus d'apprenants que les établisse-

ments privés subventionnés ou que les établissements privés (publics : 12.3, privé subventionnés : 8.5, privés : 8.7).

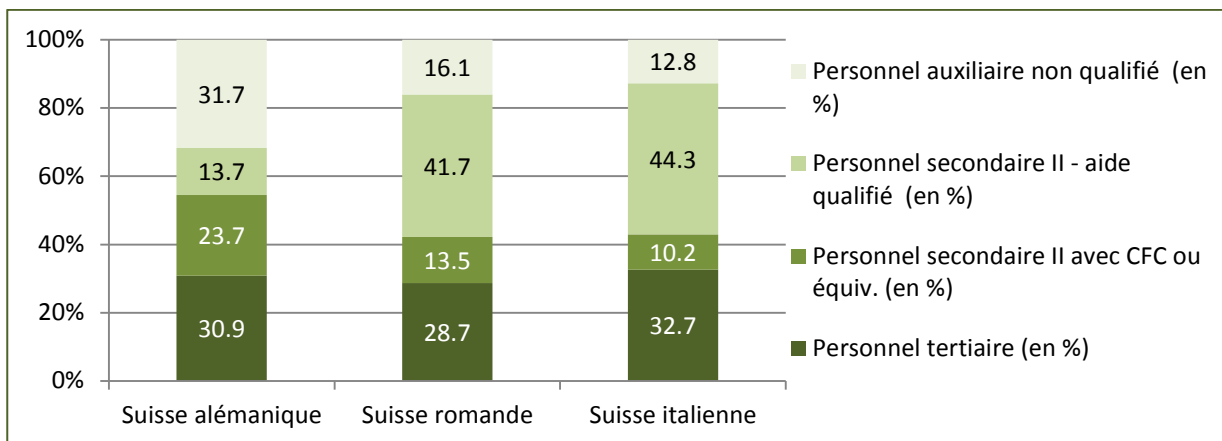
*Profil d'équipe* : Dans la systématique suisse de la formation, une distinction est opérée entre le niveau secondaire II et le niveau tertiaire. Dans le domaine des soins, on trouve du personnel de soins et d'accompagnement aux deux niveaux. Le secondaire II suit la scolarité obligatoire et comprend en tant que formation professionnelle de base, aussi bien les formations en deux ans qui sont validées par une Attestation fédérale de formation professionnelle (AFP), que les formations de 3-4 ans qui conduisent à un Certificat fédéral de capacité (CFC) (par exemple AssistantE en soins et santé communautaire). Au niveau tertiaire, on distingue les formations des écoles supérieures (par exemple le diplôme d'infirmierE ES<sup>2</sup>) et les formations des hautes écoles (par exemple le bachelor ou le master of science en soins infirmiers, ou le master ès science en sciences infirmières). Pour l'évaluation, l'ensemble du niveau tertiaire est réuni. Le niveau secondaire est décrit partiellement de manière séparé (niveau secondaire : CFC et équivalent, et niveau secondaire : personnel d'aide AFP et équiv.) ou considéré dans son ensemble. L'enquête dans le domaine du personnel est complétée par la part de personnes non qualifié ou formé (par ex. cours d'auxiliaire de santé de la Croix-Rouge suisse). Etant donné que les métiers de la santé ont fait l'objet de nombreuses réformes, certaines personnes avec des titres de formation liés à des réglementations antérieures sont rattachées à chaque groupe, en fonction du transfert de leur titre dans la systématique de formation actuelle (voir explications de la Table 2).

Selon les données de SHURP, la répartition suivante dans les différentes catégories de formation est observée : 30.6% de professionnels de soins et d'accompagnement de niveau tertiaire, 21.0% de niveau secondaire II avec CFC, 20.7% de niveau secondaire II en tant que personnel d'aide et 27.7% de personnel auxiliaire non qualifié. Les différences entre les régions linguistiques sont indiquées dans la Figure 3. Pour le personnel de niveau de formation CFC, les différences observées (D : 23.7%, F : 13.5%, I : 10.2%) sont vraisemblablement liées à une mise en place différente des filières de formation ASSC / ASE. De même, le personnel d'aide se répartit différemment (D : 13.8%, F : 41.7%, I : 44.3%), tout comme le personnel auxiliaire (D : 31.7%, F : 16.1%, I : 12.8%) avec plus de personnes non qualifiées en Suisse-alsacienne.

Concernant les profils d'équipe dans les EMS, il existe un rapport de l'Obsan, basé sur des données de 2006 [4]. La répartition est ici la suivante : niveau tertiaire 28%, niveau secondaire 17%, niveau du personnel d'aide 43% et sans formation 12%. La Suisse latine (Romandie et Tessin) se situait à 18% pour le niveau tertiaire. En comparaison avec le rapport de l'Obsan, l'étude SHURP présente pour la Romandie et le Tessin une part de personnel de niveau tertiaire plus élevée.

<sup>2</sup> ndlt : titre courant en Suisse-alsacienne et au Tessin ; cursus développé uniquement avec un projet-pilote dans le seul canton de Berne en Suisse-romande, en évaluation au moment de la rédaction du présent rapport

Figure 3: Profils d'équipe selon la région linguistique



*Fluctuation (taux de rotation) :* Les taux de fluctuation, exprimés 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 l'établissement, se situent à 11.0% ( $\pm 10.7\%$ ). Les taux de fluctuation du personnel de soins et d'accompagnement se différencient selon la région linguistique (D : 12.1%, F : 7.6%, I : 7.3%), avec des taux plus élevés en Suisse-alémanique.

*Longévité dans la fonction de direction de l'établissement et des soins :* La direction de l'établissement des EMS participants, y compris la direction simultanée de l'établissement et des soins, est en moyenne active depuis 8.7 années ( $\pm 7.6$ ) dans cette fonction, et depuis 5.8 années ( $\pm 5.6$ ) pour la direction des soins.

Dans le Table 3 qui suit, d'autres caractéristiques sont réunies, comme le statut juridique, la situation géographique, le système de mesure des prestations des résidents, le système médical, la situation du recrutement, le système de déclaration et de traitement des évènements critiques et l'offre de formation continue.

Table 3: Caractéristiques organisationnelles selon la taille de l'EMS (suite)

	Nombre valable n	Tous (n=163)	Taille des EMS		
			Grands (n=24)	Moyens (n=75)	Petits (n=64)
<b>Statut juridique</b>	163				
- Public		36.8%	58.3%	34.7%	31.3%
- Privé subventionné		27.0%	25.0%	21.3%	34.4%
- Privé		36.2%	16.7%	44.0%	34.4%
<b>Situation géographique</b>	163				
- Campagnard		60.7%	37.5%	65.3%	64.1%
- Urbain		39.3%	62.5%	34.7%	35.9%

	Nombre valable n	Tous (n=163)	Taille des EMS		
			Grands (n=24)	Moyens (n=75)	Petits (n=64)
<b>Système de mesure des prestations des résidents</b>	163				
– RAI		43.6%	58.3%	48.0%	32.8%
– BESA		43.6%	41.7%	41.3%	46.9%
– PLAISIR		12.9%	0.0%	10.7%	20.3%
<b>Système médical</b>	161				
– Système médical interne		27.3%	16.7%	30.7%	27.4%
– Système de médecins de ville		46.0%	58.3%	46.7%	40.3%
– Système mixte		13.0%	8.3%	9.3%	19.4%
– Autre système		13.7%	16.7%	13.3%	12.9%
<b>Situation du recrutement du personnel de soins et d'accompagnement</b> (réponse à « très difficile » ou « plutôt difficile »)					
– Personnel tertiaire	161	91.9%	100.0%	86.7%	95.2%
– Personnel secondaire	161	64.6%	58.3%	65.3%	66.1%
– Personnel d'aide qualifié et non qualifié	161	13.7%	4.2%	9.3%	22.6%
<b>Système de déclaration des erreurs disponible</b> (oui)	161	69.6%	62.5%	68.0%	74.2%
<b>Traitement des événements indésirables réglementé</b> (oui)	161	70.8%	62.5%	70.7%	74.2%
<b>Formation continue annuelle en :</b>					
– Démence	160	76.9%	83.3%	85.1%	64.5%
– Soins palliatifs	161	64.0%	58.3%	70.7%	58.1%

Les points suivants de la Table 3 présentent des différences du point de vue de la taille de l'EMS, de la région linguistique ou de la forme juridique :

*Forme juridique* : Les EMS participants sont des établissements publics (36.8%), privés subventionnés (27.0%) et privés (36.2%). Les grands établissements sont plus souvent publics, et les moyens privés. En fonction de la région linguistique, les établissements prédominants en Suisse-romande et au Tessin sont les privés subventionnés (D : 15.4%, F : 67.7%, I : 44.4%), en Suisse-alémanique les publics (D : 42.3%, F : 16.1%, I : 33.3%) et les privés (D : 42.3%, F : 16.1%, I : 22.2%).

*Situation géographique* : Les établissements participants présentent une situation plutôt campagnarde pour 60.7% (D : 61.8%, F : 61.3%, I : 44.4%) et plutôt urbaine pour 39.3% (D : 38.2%, F : 38.7%, I : 55.6%), pour près de deux tiers des grands la situation est plutôt urbaine.

*Système de mesure des prestations aux résidents* : Les EMS participants travaillent à parts égales avec RAI ou BESA (43.6% chacun). En Suisse-romande, l'usage de PLAISIR est prépondérant (RAI : 12.9%, BESA : 19.4%, PLAISIR : 67.7%), et au Tessin, on travaille exclusivement avec RAI.

*Système médical* : Les EMS participants travaillent en majorité avec le système de médecins de ville (46.0%). Le système médical interne est mis en place par 27.3% des établissements, et 26.7% ont un



système mixte ou un autre système médical, avec des différences en fonction de la taille de l'établissement. Alors qu'en Suisse-älémanique la majorité des établissements travaille avec le système des médecins de ville (D : 53.3%, F : 16.7%, I : 44.4%), le système médical interne est prépondérant en Suisse-romande (D : 21.3%, F : 53.3%, 22.2%).

*Situation du recrutement du personnel* : Les EMS participants apprécient la situation du recrutement du personnel de soins et d'accompagnement, dans les proportions suivantes, comme étant difficile ou très difficile : 91.9% pour les professionnels de niveau tertiaire, 64.6% pour le personnel avec CFC et 13.7% pour le personnel d'aide qualifié ou auxiliaire, dont le recrutement est également cité comme plus problématique pour les petits EMS. La difficulté de la situation du recrutement des professionnels des soins de niveau tertiaire est accentuée en Suisse-älémanique (D : 96.7%, F : 76.7%, I : 77.8%), tout comme les difficultés de recrutement du personnel avec CFC (D : 75.4%, F : 30.0%, I : 33.3%). Sur le plan du personnel d'aide qualifié et des auxiliaires, la répartition est la même entre les régions linguistiques (D : 13.1%, F : 16.7%, I : 11.1%).

*Système de déclaration des erreurs et de traitement des événements indésirables* : Parmi les EMS participants, 69.6% déclarent avoir un système de déclaration des erreurs et 70.8% ont un traitement réglementé des événements indésirables. En Suisse-romande, les deux sont très répandus (système de mesure des erreurs : D : 64.8%, F : 90.0%, I : 66.7%; traitement réglementé des événements indésirables : D : 66.4%, F : 96.7%, I : 44.4%). Quatre cinquièmes des établissements privés subventionnés ont traité de manière réglementée les événements indésirables (publics : 60.3%, privés subventionnés : 84.1%, privés : 71.2%).

*Formation continue annuelle* : 76.9% des EMS offrent annuellement une formation continue sur le thème de la démence, et pour le thème des soins palliatifs, encore 64.0%. Le thème de la démence est plutôt proposé dans les grands EMS et dans les moyens, et la formation continue en soins palliatifs est prépondérante en Suisse-romande (D : 59.0%, F : 86.7%, I : 55.6%).

### 2.1.b. Données concernant les résidents

Selon les données des établissements quant aux caractéristiques des résidents, on trouve dans la Table 4 des informations relatives au poids, à l'âge, à la durée de séjour des résidents, réunies selon la taille de l'EMS. Les données ont été soit exportées du système RAI, BESA ou PLAISIR, ou réunies par le biais des données de l'administration des résidents. La durée de séjour se réfère au nombre de jours de la date d'entrée jusqu'à la date de saisie des données.

Table 4: Caractéristiques des résidents

Caractéristiques	Tous (n=10'061 Résidents)	Taille des EMS		
		Grands	Moyens	Petits
Âge (en années) MOY (ET)	84.7 (8.7)	83.9 (9.1)	84.9 (8.2)	85.2 (9.0)
Durée du séjour (en jours) MOY (ET)	1274 (1491)	1269 (1431)	1227 (1395)	1400 (1776)
Sexe % de femmes	73.6%	72.4%	73.5%	75.7%

*Catégories de soins* : La Table 5 montre la répartition de la charge en soins. Les données sont organisées selon la réorganisation du financement des soins avec le calcul basé sur 12 catégories de soins, où chaque catégorie représente une durée de soins de 20 minutes par 24 heures.

Table 5: Charge en soins des résidents

	Nombre valables n <sup>1</sup>	Tous	Taille des EMS		
			Grands	Moyens	Petits
Charge en soins :					
- % Rés. jusqu'à la cat. 3	2653	26.4%	28.8%	26.0%	24.0%
- % Rés. des cat. 4 à 6	2707	26.9%	26.2%	26.4%	29.2%
- % Rés. des cat. 7 à 9	3286	32.7%	32.8%	33.5%	30.3%
- % Rés. des cat. 10 à 12	1095	10.9%	6.9%	12.0%	13.6%
- Pas de catégorie attribuée <sup>2</sup>	320	3.1%	5.3%	2.1%	2.9%

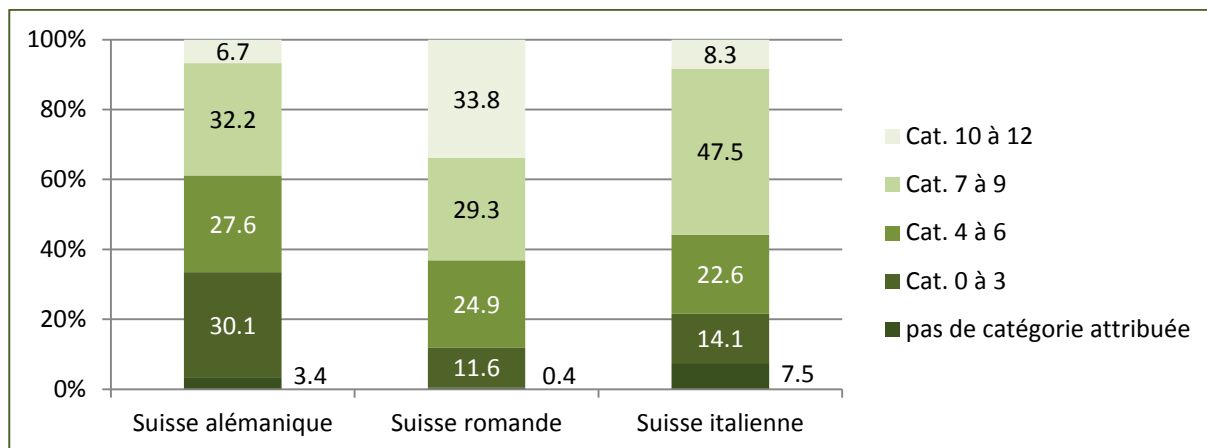
<sup>1</sup> n total=10'061 résidents

<sup>2</sup> Résidents qui au moment de la saisie des données n'étaient pas attribués à une catégorie (pas de calcul via RAI / BESA / PLAISIR ou pas encore de catégorie attribuée en raison d'une entrée récente).

Rés.= résidents

La Figure 4 montre la répartition des catégories de soins dans les trois régions. Il y a plus de résidents accompagnés dans les catégories 0 à 3 en Suisse-alsacienne que dans les autres régions linguistiques (D : 30.1%, F : 11.6%, I : 14.1%). Au Tessin les résidents se trouvent en majorité dans les catégories 7 à 9 (D : 32.2%, F : 29.3%, I : 47.5%), et en Suisse-romande, dans les catégories 10 à 12 (D : 6.7%, F : 33.8%, I : 8.3%). En Suisse-alsacienne la charge en soins est régulièrement répartie sur les catégories 0 à 9, avec moins de résidents dans les catégories 10 à 12. La répartition des catégories de soins entre les régions linguistiques montre des valeurs comparables entre l'étude SHURP et la statistique SOMED 2011 (voir Annexe A, p. 52), où la part des résidents en catégorie 10 à 12 est encore plus prononcée (42.7%), et la part des résidents en Suisse-alsacienne dans les catégories 0 à 6 plus élevée. En ce qui concerne le statut juridique des établissements, on remarque que les établissements privés subventionnés accueillent plus de résidents dans les catégories 10 à 12 (publics : 9.1%, privés subventionnés : 18.9%, privés : 7.3%).

Figure 4: Répartition des catégories de soins dans les trois régions linguistiques



*Résidents avec une démence* : Il a été demandé aux EMS de dire, à la date de saisie des données, combien de résidents avaient, par unité, soit une démence diagnostiquée, soit en l’absence de diagnostic, des symptômes de démence (par ex. problèmes de mémoire, difficultés avec la langue, l’organisation et l’exécution de tâches quotidiennes, la reconnaissance d’objets, de personnes ou de lieux, une modification de la personnalité et des états d’âme ou retrait social).

L’étude SHURP montre qu’en moyenne par établissement, 33.0% de résidents ont une démence diagnostiquée médicalement, et avec 26.6%, ce sont presque encore une fois autant de résidents qui présentent des symptômes de démence, en l’absence d’un diagnostic (voir Table 6).

Table 6: Part des résidents avec une démence par établissement

Résidents avec une démence	Nombre valables n <sup>1</sup>	Taille des EMS							
		Tous		Grands		Moyens		Petits	
		MOY	(ET)	MOY	(ET)	MOY	(ET)	MOY	(ET)
% Rés. avec démence diagnostiquée médicalement	155	33.0%	(17.1)	33.0%	(11.1)	33.2%	(16.4)	32.5%	(20.1)
% Rés. avec symptômes de démence	161	26.6%	(17.2)	23.4%	(8.7)	26.2%	(15.3)	28.4%	(21.4)
Total % Rés. avec démence diagnostiqué ou symptômes	155	58.0%	(18.6)	56.4%	(10.1)	59.4%	(17.3)	56.9%	(22.9)

<sup>1</sup> n=163. Huit et deux établissements n’ont pu fournir de données relatives au nombre de résidents, respectivement avec une démence diagnostiquée, ou présentant des symptômes de démence .  
Rés.= résidents

Il y a une plus grande part de résidents, en Suisse-romande et au Tessin, qui dispose d’un diagnostic médical (D : 29.9%, F : 42.1%, I : 43.5%), et il y a là également en tout une part plus élevée de résidents qui ont ou une démence diagnostiquée ou des symptômes de démence (en tout : D : 54.6%, F : 67.5%, I : 72.1%). Dans l’étude Q-Sys, avec les données RAI de Suisse-alémanique et du Tessin de

2010, 47.4% des résidants en EMS présentaient une démence diagnostiquée. Complétée avec les données des résidants qui présentent des symptômes de démence, l'étude Q-Sys conclut qu'en tout 64.5% des résidants en EMS ont soit une démence diagnostiquée, soit des symptômes correspondants [5]. Ceci est encore affiné en lien avec les régions linguistiques par les résultats de l'étude SHURP qui ne sont pas limités aux données RAI.

### 2.1.c. Prestations de soins particulières et offres d'accompagnement

Les établissements participants présentent une variété de prestations de soins particulières et d'offres d'accompagnement (voir Table 7)

Table 7: Prestations particulières de soins et d'accompagnement dans les EMS

	Établissements avec l'orientation correspondante		Taille des EMS		
	Nombre valables n <sup>1</sup>	Tous	Grands	Moyens	Petits
Soins généraux de longue durée	158	98.8%	95.8%	98.7%	100.0%
Soins spécifiques aux démences	137	85.6%	100.0%	89.3%	75.4%
Soins gériopsychiatriques	100	62.5%	54.2%	62.7%	65.6%
Soins palliatifs	131	81.9%	87.5%	82.7%	78.7%
Appartements communautaires / appartements avec encadrement	38	23.8%	41.7%	30.7%	8.2%
Unités d'accueil temporaire	114	71.3%	87.5%	70.7%	65.6%
Soins de réhabilitation / soins aigus et de transition	53	33.1%	58.3%	33.3%	23.0%
Foyer de jour	38	23.8%	33.3%	26.7%	16.4%
Foyer de nuit	13	8.1%	16.7%	9.3%	3.3%
Soins de réhabilitation de longue durée	22	13.8%	16.7%	18.7%	6.6%
Soins d'oxygénation de longue durée	16	10.0%	8.3%	13.3%	6.6%

<sup>1</sup> n total=163

Les trois prestations particulières et offres d'accompagnement les plus citées sont, aux côtés des soins généraux de longue durée (98.8%), les soins spécifiques aux démences (85.6%), les soins palliatifs (81.9%) et les unités d'accueil temporaires (courts-séjours) (71.3%). Les moins citées sont le foyer de nuit (8.1%), les soins d'oxygénation de longue durée (10.0%) et les soins de réhabilitation de longue durée (13.8%), où les prestations particulières et les offres d'accompagnement se différencient toutefois en fonction de la taille de l'EMS.

Les soins spécifiques aux démences sont plus souvent cités en Suisse-alémanique et au Tessin (D : 91.0%, F : 58.6%, I : 100.0%), et les soins palliatifs, en Suisse-alémanique et en Suisse-romande (D : 84.4%, F : 79.3%, I : 55.6%). De même les appartements communautaires ou avec encadrement (D : 27.9%, F : 3.4%, I : 33.3%), comme les unités d'accueil temporaire (D : 82.8%, F : 27.6%, I : 55.6%) et les soins de réhabilitation / soins aigus et de transition (D : 40.2%, F : 6.9%, I : 22.2%) sont moins mentionnés en Suisse-romande. Les soins de réhabilitation de longue durée sont souvent cités au Tes-

sin (D : 13.9%, F : 6.9%, I : 33.3%). Les EMS privés subventionnés offrent plus de soins gérontopsychiatriques (publics : 56.9%, privés subventionnés : 81.4%, privés : 54.2%), en retour moins d'unités d'accueil temporaires (publics : 79.3%, privés subventionnés : 55.8%, privés : 74.6%) et les EMS publics citent plus souvent les soins de réhabilitation / aigus et de transition (publics : 46.6%, privés subventionnés : 23.3%, privés : 27.1%).

### *2.1.d. Offres spécifiques pour la démence*

Il a été recensé, au niveau de l'unité, quelles infrastructures étaient offertes en lien avec une orientation particulière pour la démence, et si le personnel était spécifiquement formé. Un environnement physique adéquat améliore la qualité de vie des personnes atteintes de démence. Une offre équilibrée de possibilités de stimulation et de retrait, un milieu de vie sécurisé avec la possibilité de déambuler (« wandering ») et de sortir, tout comme un environnement qui permet des activités quotidiennes familiales accompagnées, comme une cuisine, vont dans ce sens [6-9].

315 unités (72.6%) des 434 unités au total ayant participé à l'étude ont indiqué avoir une prestation spécifique de soins pour la démence. L'orientation particulière d'une unité ne semble toutefois pas être toujours déterminante quant aux résidants qui seront effectivement accompagnés dans l'unité. Une comparaison des données d'une unité présentant réellement des résidants avec une démence (diagnostiquée ou avec des symptômes existants) avec les orientations déclarées de l'unité montre qu'il y a aussi bien des unités avec une orientation spécifique pour la démence, dont moins de la moitié des résidants ont une démence, que des unités sans orientation particulière, où habitent jusqu'à 100% de résidants avec une démence.

Parmi l'ensemble des 434 unités, 339 d'entre elles (78.1%) ont transmis des données concernant des infrastructures spécifiques pour la démence et du personnel formé en conséquence. Quatre cinquièmes d'entre elles ont une prestation de soins spécifique pour la démence. Comme indiqué dans la Table 8, la moitié des unités environ (51.6%) a un accès libre à l'extérieur, 59.9% ont un séjour avec cuisine, et une très petite partie (9.7%) dispose d'aménagement de l'espace pour soutenir la perception sensorielle. Selon les données des établissements, 59.0% des unités disposent de personnel formé spécifiquement pour la relation avec les personnes atteintes de démence. Il a été démontré que les formations à la communication et à la relation avec des personnes atteintes de démence renforçaient le personnel dans une approche des soins centrée sur la personne, soutenaient les interactions positives, amélioreraient le sentiment de bien-être des résidants et pouvaient réduire la fluctuation du personnel [10, 11].

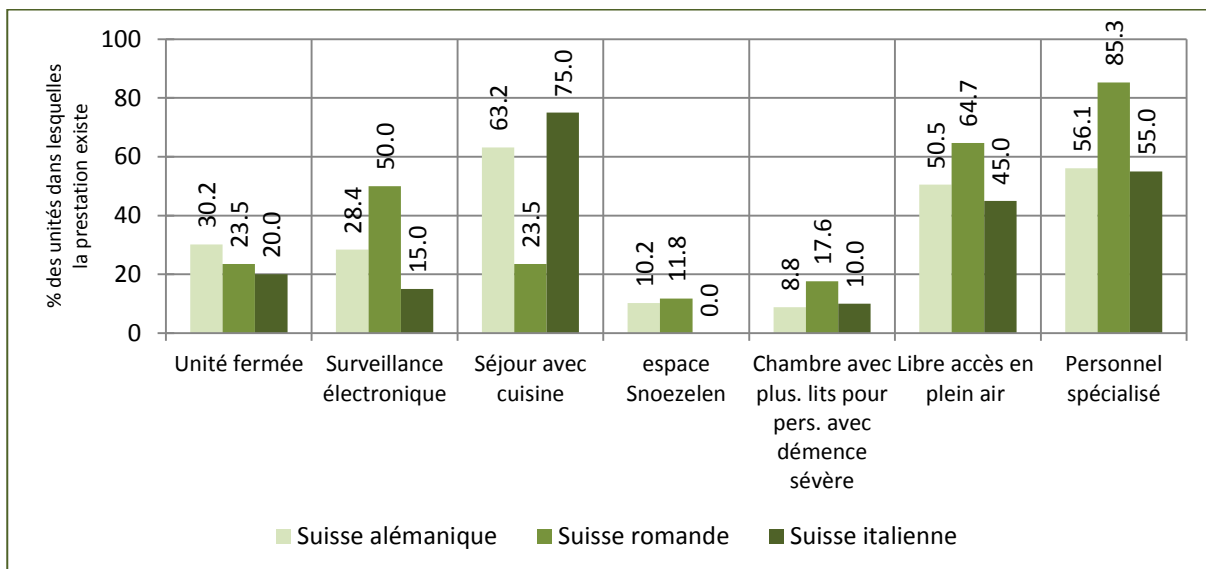
Table 8: Infrastructures et personnel spécifiques pour la démence au niveau de l'unité

Infrastructures et personnel spécifiques	Unités avec l'offre correspondante		Taille des EMS		
	Nombre valable n <sup>1</sup>	Tous	Grands	Moyens	Petits
Unité fermée (sortie avec astuce, porte fermée, code, etc.)	98	28.9%	31.3%	29.7%	23.5%
Unité avec surveillance électronique des résidents qui la quittent	101	29.8%	20.8%	30.3%	41.2%
Séjour avec cuisine dans l'unité	203	59.9%	70.8%	60.6%	42.6%
Aménagement d'un espace pour soutenir la perception sensorielle des personnes atteintes de démence (ex. espace Snoezelen)	33	9.7%	8.3%	10.3%	10.3%
Chambre avec plusieurs lits pour personnes avec démences sévères (ex. « Oase »)	33	9.7%	5.2%	12.0%	10.3%
Libre accès des résidents à un espace protégé en plein air (jardin, terrasse)	175	51.6%	41.7%	51.4%	66.2%
Personnel spécialisé pour l'accompagnement de personnes atteintes de démence (ex. connaissances approfondies en validation, histoire de vie, adaptation de l'environnement, stimulation basale, approche des comportements difficiles)	200	59.0%	66.7%	55.4%	57.4%

<sup>1</sup> n d'unités ayant transmis des données concernant des infrastructures spécifiques pour la démence et du personnel spécialisé : 339

Sur tous les points d'importantes différences régionales sont observées (cf. Figure 5).

Figure 5: Unités avec des infrastructures spécifiques pour la démence selon les régions linguistiques



n=339

Alors qu'en Romandie la plupart des unités a du personnel spécialisé et un accès à un espace extérieur protégé et que l'on travaille avec le plus de surveillance électronique, les unités en Suisse-alémanique et au Tessin disposent plutôt de séjours avec cuisine. Il apparaît ici un besoin régional pour des investissements, où il s'agit de dire, à propos de la question de la stimulation multisensorielle, que le sou-

tien des perceptions sensorielles qui peut être donné est d'une grande importance dans les activités quotidiennes comme, par exemple, dans les soins du corps ou en promenade, et n'est pas lié d'abord à des structures spatiales.

## 2.2. Conséquences chez les résidants

Pour les conséquences concernant les résidants, il a été demandé d'une part, aux établissements de recueillir les événements indésirables ou d'autres résultats qui permettent un propos sur la qualité des soins. D'autre part, le personnel de soins et d'accompagnement a été interrogé sur son appréciation de la qualité des soins, tout comme sur son vécu concernant des agressions et l'observation de maltraitance à l'égard des personnes âgées.

### 2.2.a. Indicateurs de qualité

Les données concernant les conséquences chez les résidants se trouvent dans la Table 9 sous forme de résumé avec la part de résidants qui présentent une conséquence particulière, en proportion de l'ensemble des résidants présents, pour chacune d'entre elles (voir Annexe B, p. 53, pour une description plus détaillée de la mesure). La moyenne des valeurs de chaque EMS est signalée ici.

La prévalence de l'escarre, collectée dans le cadre de l'étude SHURP, est faible avec un total de 2.7%, et il faut remarquer que presque 40% de tous les escarres proviennent de l'extérieur de l'établissement. Dans les mesures de contention, ce sont les barrières de lit qui apparaissent le plus souvent avec 18.5%. Il y a ici des différences régionales avec 16.3% en Suisse-alémanique, 20.6% en Romandie et 42.1% au Tessin. Le Tessin utilise aussi plus de fixations au niveau du corps (D : 1.8%, F : 2.7%, I : 18.9%) et de sièges qui empêchent de se lever (D : 2.5%, F : 3.4%, I : 11.4%), en retour moins de surveillance électronique (D : 9.2%, F : 6.7%, I : 3.3%). La saisie des données dans les régions linguistiques s'est déroulée à des moments différents par rapport à l'introduction du nouveau droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant entré en vigueur le 1.1.2013. Au Tessin, les données ont été saisies en novembre 2012, alors qu'en Suisse-alémanique la collecte des données a duré de mai 2012 à avril 2013, et en Romandie, les données ont été saisies uniquement en 2013. Sans analyse plus approfondie, il n'est cependant pas possible de dire quels sont les facteurs qui ont eu une incidence sur les différences régionales. En plus de l'usage des barrières de lits, les chutes constituent un autre événement fréquent (13.2% des résidants) qui ont conduit à des blessures chez 2.0% des résidants. La prévalence pour l'infection des voies urinaires et la perte de poids est aussi faible, avec 5.1% et 4.5%.

SHURP a mesuré différents indicateurs de qualité qui ont un lien important avec la qualité de vie, la morbidité et la mortalité des résidants. Selon la littérature, la prévalence des escarres se situe dans les ES entre 2.4% et 23% [12] et les mesures de contention entre 6% et 66% [13, 14]. Jusqu'à 60% des résidants en EMS font l'expérience d'une chute au moins une fois par année [15] et entre 10% et 40%

souffrent de perte de poids [16]. Les taux d'incidence d'infections urinaires symptomatiques est de 0.1–2.4 épisodes pour 1'000 jours-patients [17]. Ainsi les EMS suisses présentent, dans une perspective internationale, une très bonne qualité dans ces domaines.

Table 9: Fréquence (%) de différentes conséquences chez les résidents

Conséquences chez les résidents	Nombre valables n <sup>1</sup>	Taille des EMS							
		Tous		Grands		Moyens		Petits	
		MOY	(ET)	MOY	(ET)	MOY	(ET)	MOY	(ET)
% de résidents ayant un ulcère/escarre apparu dans l'établissement	161	1.7	(2.3)	1.1	(1.0)	2.3	(2.6)	1.1	(2.2)
% de résidents ayant un ulcère/escarre apparu avant leur séjour au sein de l'établissement	161	1.1	(2.6)	1.1	(1.6)	1.2	(3.2)	0.9	(2.1)
% de résidents avec des barrières de lits	161	18.5	(14.8)	20.2	(14.2)	21.7	(15.0)	14.1	(13.8)
% de résidents attachés au niveau du corps	161	2.9	(5.4)	3.1	(4.7)	4.0	(6.0)	1.6	(4.7)
% de résidents ayant un siège qui les empêche de se lever	161	3.2	(5.4)	3.7	(3.8)	3.2	(4.2)	3.0	(7.1)
% de résidents sous surveillance électronique	161	8.4	(7.2)	9.5	(6.8)	8.9	(7.1)	7.3	(7.5)
% de résidents ayant chuté	161	13.2	(9.7)	14.5	(6.6)	13.2	(9.4)	12.7	(11.1)
% de résidents ayant une blessure résultant d'une chute	161	2.0	(2.3)	2.1	(1.8)	2.2	(2.2)	1.8	(2.5)
% de résidents ayant une infection des voies urinaires	161	5.1	(4.3)	5.1	(1.7)	5.5	(4.8)	4.6	(4.4)
% de résidents ayant perdu du poids	160	4.5	(5.0)	4.9	(2.9)	4.3	(3.7)	4.8	(6.7)

<sup>1</sup> n total=163

### 2.2.b. Situations d'agression vécues

Il a été demandé au personnel de soins et d'accompagnement à quelle fréquence ils étaient confrontés à un comportement agressif de la part des résidents, que ce soit à l'égard du personnel lui-même ou à l'égard d'autres résidents (voir Annexe C, p. 54). Pour ce faire, les comportements agressifs ont été différenciés entre ceux de nature verbale (par ex. jurer, insulter), physique (par ex. taper, cracher) et sexuelle (par ex. gestes obscènes, attouchements). Il est calculé dans ce rapport, le pourcentage de personnes interrogées qui, durant les quatre dernières semaines de travail, disent avoir vécu un comportement agressif de plus d'une fois par semaine à plusieurs fois par jour. De manière générale, c'est le comportement agressif verbal qui est le plus couramment vécu, suivi par les agressions physiques, et ce sont les comportements agressifs de nature sexuelle qui sont le moins cités (voir Annexe C, p.



54). Ceci est valable aussi bien pour les comportements agressifs dirigés contre le personnel (verbal : 23.3%, physique : 10.3%, sexuel : 2.4%) que pour ceux contre les autres résidants (verbal : 31.8%, physique : 7.2%, sexuel : 1.6%). Il est frappant de constater que le comportement agressif verbal est plus souvent dirigé contre les autres résidants que contre le personnel. Ce pourcentage plus élevé ne signifie cependant pas nécessairement une fréquence accrue, puisque plusieurs personnes interrogées dans une unité pouvaient observer un comportement agressif chez les mêmes résidants. Au Tessin les comportements agressifs de nature sexuelle sont plus fréquentes que dans les autres régions linguistiques, à l'égard du personnel (D : 2.4%, F : 1.5%, I : 5.6%), comme à l'égard des résidants (D : 1.3%, F : 1.7%, I : 4.8%). L'ensemble des formes d'agression observées est moins fréquent dans les petits établissements que dans les moyens ou les grands.

D'après les études, les épisodes d'agression, selon l'orientation particulière d'une unité, ne peuvent jamais se produire jusqu'à plusieurs fois par jour [18]. Ils sont le plus fréquemment décrits en lien avec des activités de soins auprès de personnes atteintes de démence [19]. L'agression vécue à son lieu travail est un facteur de stress pouvant conduire à une insatisfaction au travail et à un épuisement émotionnel chez le personnel [20-22], et qui a un impact négatif sur la relation aux résidants et sur la qualité des soins [23, 24]. La formation régulière du personnel sur le thème de la démence et une réduction de la charge directe de travail, en conséquence, une réduction générale de la charge de travail, apparaissent comme des mesures importantes pour réduire les épisodes d'agression [22]. L'agression parmi les résidants dans les EMS est souvent citée dans la littérature, cependant il s'agit d'un thème peu étudié [25-27].

### *2.2.c. Maltraitance observée à l'égard des personnes âgées*

La maltraitance des personnes âgées recouvre différents aspects, comme l'usage de la force physique ou psychique, de l'intimidation jusqu'au recours à la force physique, la négligence, tout comme l'abus financier, etc. Dans l'étude SHURP, il a été demandé au personnel de soins et d'accompagnement, à quelle fréquence ils avaient observé des comportements à l'égard d'une résidante ou d'un résidant qui pouvaient être interprétés comme de la maltraitance (voir Annexe D, p. 55). Les questions posées comprenaient les actes et les comportements en lien avec un abus psychologique et moral ou physique, tout comme avec la négligence.

On trouvera ci-dessous le pourcentage du personnel de soins et d'accompagnement qui a observé « une fois par semaine ou moins » et « plus d'une fois par semaine » un comportement pouvant être interprété comme de la maltraitance.

Le personnel interrogé observe le plus souvent la manière que quelqu'un s'est adressé à un résidant ou une résidante de manière irrespectueuse (12.4%) ou l'a grondé ou crié à son endroit (9.1%). Suivent ensuite les observations qui concernent le fait de se moquer d'une ou d'un résidant (7.6%) ou de le ou

la faire attendre pour des soins plus que nécessaire (6.9%). Des personnes interrogées, 0.3% ont observé qu'un ou une résidante avait été poussé, frappé ou avait reçu des coups de pied. Comme il s'agit de comportements observés chez les collaborateurs, il se peut qu'un comportement des mêmes collaborateurs soit cité plusieurs fois. Des pourcentages élevés ne signifient pas nécessairement qu'il y a plus de collaborateurs qui ont de tels comportements, mais cela peut aussi dire que la même personne a été observée par plusieurs collègues. On peut observer des différences régionales à propos de deux items dans les observations des personnes interrogées : l'observation qu'un ou une résidante a été grondé ou que l'on a crié à son endroit (D : 7.4%, F : 17.2%, I : 11.2%), tout comme le fait de laisser attendre un ou une résidante plus que nécessaire pour des soins (D : 5.1%, F : 14.2%, I : 14.7%) sont plus cités plus fréquemment en Suisse-romande et au Tessin.

Les impacts négatifs de la maltraitance et de la négligence sur le bien-être et la qualité de vie des personnes concernées sont immenses, jusqu'à conduire à une mort prématurée, et ils représentent un problème social important et un risque pour la santé [28]. D'après les recherches internationales, les abus et la négligence à l'égard des personnes âgées dans la population s'élèvent à plus de 6%, dont un quart auprès de personnes particulièrement vulnérables, comme par exemple, les personnes atteintes de démence, et pour un tiers, où des proches sont impliqués [29]. Dans une étude suédoise, qui recensait les différentes formes d'habitat (vivre à domicile, dans un appartement avec encadrement ou dans un EMS), 11% des professionnels interrogés disaient avoir connaissance d'abus physiques, psychiques, financiers ou sexuels ou de négligence, qui avaient été observés plutôt dans les EMS directement par le personnel en activité [30]. Une étude tchèque sur les EMS a confirmé que les formes dominantes de la maltraitance à l'égard des personnes âgées étaient la violation des droits de la personne, les abus financiers, la violence psychologique et physique, tout comme la négligence [31]. Dans les EMS, la maltraitance à l'égard des personnes âgées semble être un sujet tabou. Mais la recherche vient aussi seulement de commencer à analyser plus précisément l'échelle, la problématique et les causes des différentes formes de violence à l'égard des personnes âgées dans les EMS [32].

#### *2.2.d. Evaluation de la qualité des soins et de l'accompagnement*

Dans le domaine de la qualité, trois questions ont été posées qui couvrent le thème de la qualité des soins et de l'accompagnement dans leur ensemble (voir Annexe E, p. 56). Avec 93.5%, la majorité du personnel des soins et de l'accompagnement interrogé déclare être content ou très content avec la qualité des soins et de l'accompagnement pour les résidants. Du point de vue de la majorité des personnes interrogées (88.1%), en comparaison avec l'année précédente, cette qualité est restée la même ou s'est améliorée. En outre, une moyenne de 83.0% recommanderait (probablement ou certainement) son EMS à un membre de sa famille ou à un ami. Entre les régions linguistiques, la taille des EMS et le statut juridique, il n'y a pas de différences significatives quant à l'appréciation de la qualité.

Il y a peu d'éléments concernant ces questions dans la littérature du domaine des EMS. Des études dans le champ hospitalier ont montré qu'une meilleure appréciation de la qualité des soins par le personnel était liée à de meilleurs résultats chez les patients, comme par exemple une satisfaction élevée ou des taux de mortalité inférieurs [33, 34]. Ceci suggère que l'évaluation de la qualité des soins et de l'accompagnement par le personnel est une dimension pertinente pour l'évaluation de la performance des institutions de santé.

### 2.3. Résultats de l'enquête auprès du personnel

#### 2.3.a. Description du personnel

Une présentation détaillée des caractéristiques sociodémographiques du personnel de soins et d'accompagnement interrogé est présentée dans la Table 10. Il s'agit ici de l'évaluation des données individuelles du personnel de soins et d'accompagnement interrogé et non pas des données structurelles des établissements fournies sur le personnel, telles que présentées au chapitre 2.1.a.

Table 10: Caractéristiques du personnel de soins et d'accompagnement interrogé

	Nombre valables n <sup>1</sup>	Tous	Taille des EMS		
			Grands	Moyens	Petits
Sexe : féminin	5265	91.8%	92.8%	90.4%	93.7%
Âge en années :	5179				
– jusqu'à 30 ans		20.0%	24.8%	18.8%	16.7%
– 31 – 40		17.2%	16.1%	18.1%	16.4%
– 41 – 50		28.6%	27.1%	29.0%	29.5%
– > 50		34.2%	32.0%	34.1%	37.4%
Formation professionnelle :	5268				
– Tertiaire		31.0%	34.7%	31.2%	25.5%
– Secondaire - CFC ou équiv.		22.2%	22.2%	21.1%	25.0%
– Secondaire - aide qualifié		17.2%	17.4%	17.7%	15.6%
– Personnel auxiliaire (non qualifié)		26.2%	22.5%	26.7%	29.7%
– Autres		3.4%	3.2%	3.3%	4.2%
Taux d'occupation :	5054				
– jusqu'à 50%		22.7%	20.1%	22.4%	26.5%
– 51-90%		53.6%	52.6%	55.0%	51.8%
– > 90%		23.7%	27.3%	22.6%	21.7%
Expérience professionnelle dans un métier des soins et de l'accompagnement	4924				
– jusqu'à 5 ans		19.2%	18.5%	18.5%	21.9%
– plus de 5 à 10 ans		21.4%	24.0%	20.4%	20.3%
– plus de 10 à 15 ans		17.9%	17.4%	19.9%	13.9%
– plus de 15 à 20 ans		13.5%	10.7%	14.5%	14.8%
– plus de 20 ans		28.0%	29.4%	26.7%	29.1%

	Nombre valables n <sup>1</sup>	Tous	Taille des EMS		
			Grands	Moyens	Petits
Expérience professionnelle dans cet établissement	5029				
– jusqu'à 5 ans		51.3%	52.0%	49.8%	53.6%
– plus de 5 à 10 ans		20.9%	20.5%	21.0%	21.3%
– plus de 10 à 15 ans		14.3%	12.5%	15.8%	13.1%
– plus de 15 à 20 ans		6.5%	6.6%	6.7%	6.1%
– plus de 20 ans		7.0%	8.4%	6.7%	5.9%

<sup>1</sup> n total=5323

*Age* : En ce qui concerne l'âge du personnel de soins et d'accompagnement, il apparaît qu'un tiers du personnel a plus de 50 ans, qu'il quittera ainsi son activité professionnelle dans les 15 prochaines années. Dans les grands EMS, la part des personnes interrogées ayant jusqu'à 30 ans (24.8%) est plus élevée et la part des plus de 50 ans l'est moins (32.0%) que dans les EMS moyens ou petits.

*Niveau de formation* : De même pour le niveau de formation des personnes interrogées : alors que la moyenne de l'ensemble des questionnaires retournés présente un résultat de 31.0% pour le niveau tertiaire, de 39.4% pour le niveau secondaire II (CFC et personnel d'aide qualifié) et 26.2% pour le personnel auxiliaire (non qualifié), la part du personnel de soins diplômé est plus importante dans les grands établissements (niveau tertiaire : 34.7%) que dans les moyens (31.2%) et les petits (25.5%). La part de personnel auxiliaire est ainsi plus importante dans les EMS moyens et petits que dans les grands (grands : 22.5%, moyens : 26.7%, petits : 29.7%). Le fait que la proportion des niveaux de formation du personnel de soins et d'accompagnement ayant participé à l'enquête ne diffère que très légèrement du profil d'équipe tel que qu'issu des données des directions des établissements illustre la représentativité de l'échantillon du personnel (cf. Table 10 et Table 2).

*Taux d'activité* : Les personnes interrogées travaillent en moyenne à un taux d'activité de 53.6%, avec une activité de 51%-90%, et environ un quart d'entre elles (23.7%) travaillent à temps plein.

*Expérience professionnelle* : Alors que 28.0% du personnel de soins et d'accompagnement – et de la sorte la plus grande part – dispose d'une expérience professionnelle de plus de 20 ans, environ la moitié (51.3%) des personnes interrogées ont une expérience dans leur établissement de moins de 5 ans.

*Pays de la formation* : Les données concernant le niveau et le pays de formation du personnel de soins et d'accompagnement sont présentées dans la Table 11. En moyenne, 62.5% des personnes interrogées de niveau tertiaire et 90.6% de niveau secondaire ont effectué leur formation dans les soins ou l'accompagnement en Suisse. Alors que ce pourcentage est identique à celui observé pour la Suisse-almannique, des différences claires apparaissent pour la Suisse-romande et le Tessin. Ainsi, au niveau tertiaire en Suisse-romande, 41.4% des personnes interrogées ont effectué leur formation en France et 59.7% en Italie pour le Tessin. A cela s'ajoute en Suisse-romande, au niveau secondaire, un cinquième (20.3%) des personnes interrogées qui n'ont pas effectué leur formation en Suisse.

Table 11: Pays de la formation du personnel de soins et d'accompagnement interrogé

	Nombre valable n		Région linguistique							
			Tous		D		F		I	
			Ter- tiaire	Secon- daire	Ter- tiaire	Secon- daire	Ter- tiaire	Secon- daire	Ter- tiaire	Secon- daire
	1580	2000								
Suisse			62.5%	90.6%	67.9%	93.6%	41.0%	79.7%	29.9%	85.7%
Allemagne			14.8%	1.9%	18.0%	2.5%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%
Italie			3.1%	1.2%	0.2%	0.4%	0.5%	0.0%	59.7%	13.5%
France			5.6%	3.2%	0.2%	0.1%	41.4%	17.0%	0.0%	0.0%
Autre pays			14.0%	3.2%	13.8%	3.4%	16.7%	3.3%	10.4%	0.8%

Tertiaire = niveau tertiaire (HES, ES ou équiv.)

Secondaire = niveau secondaire (CFC, AFP, aide-soignantE ou équiv.)

### 2.3.b. Qualité de l'environnement de travail

Quatre domaines abordent la qualité de l'environnement de travail dans l'enquête. La direction (« management »), les possibilités de participation aux décisions et aux développements dans l'établissement, les ressources existantes et la dotation, et le niveau d'autonomie dans son travail (voir Annexe F, p. 57).

*Direction* : Les qualités managériales sont très bien appréciées dans l'ensemble, ce qui se rapporte dans les petits EMS, aussi bien à d'éventuels responsables de groupe, qu'à la direction de l'établissement et/ou des soins. Le personnel de direction est reconnu comme soutenant et compétent. En Suisse-alémanique, l'item qui traite de l'usage des fautes pour apprendre plutôt que pour critiquer est mieux évalué qu'en Romandie et au Tessin (D : 82.5%, F : 65.0%, I : 61.1% des réponses « plutôt en accord » ou « très fortement en accord »). Au Tessin, le soutien par la direction dans les situations de conflit est moins bien perçu (65.5%) qu'en Suisse-romande (75.3%) ou qu'en Suisse-alémanique (86.0%). Par contre « le travail bien fait est l'objet de félicitations et de reconnaissance » est dans l'ensemble moins bien apprécié (71.5%) en comparaison des autres items concernant la direction. Il n'y a pas de grandes différences du point de vue de la taille des EMS et du statut juridique.

*Participation* : Le personnel de soins et d'accompagnement apprécie les possibilités de dialogue, est associé aux décisions dans son établissement et peut collaborer à des groupes de travail ou de projet. Pour environ trois quart des personnes interrogées (76.6%) la direction de l'établissement a « sa porte ouverte » à leurs requêtes.

*Ressources et dotation* : L'approbation des personnes interrogées est moins prononcée quant au personnel en suffisance pour le travail requis (60.9%) ou pour le temps à disposition pour discuter des problèmes de soins (66.6%). Concernant l'appréciation relative à un personnel soignant qualifié en suffisance, un manque général apparaît à cet endroit avec une différence entre les régions linguis-

tiques. En Suisse-romande et au Tessin, il y a moins de personnes qui considèrent qu'il y a assez de personnel qualifié compétent pour le travail requis (D : 79.7%, F : 61.2%, I : 58.3%).

*Autonomie* : Fondamentalement, le personnel de soins et d'accompagnement perçoit un niveau d'autonomie élevé, bien que les personnes interrogées au Tessin apprécient moins bien la possibilité de décider soi-même comment effectuer son travail (D : 82.3%, F : 84.2%, I : 71.5%).

Un nombre croissant de contributions dans la littérature montrent que la qualité de l'environnement de travail a un impact significatif sur une satisfaction accrue au travail, une fluctuation diminuée du personnel et une qualité des soins plus élevée [35-40].

### 2.3.c. *Collaboration*

Les modalités de collaborations entre les différents collaborateurs dans les EMS apparaissent intuitivement comme une caractéristique de la qualité d'un établissement. Avec SHURP, il a été demandé au personnel de soins et d'accompagnement comment il vivait la qualité de la collaboration avec les collègues de l'équipe, le ou la responsable de l'unité, la direction des soins, celle de l'établissement, avec le service médical, avec le personnel de l'animation, de l'intendance et de la cuisine (voir Annexe G, p. 59). Le personnel de soins et d'accompagnement interrogé a évalué la qualité au sein de son groupe professionnel comme avec les autres groupes comme étant, dans l'ensemble, très positive. Les pourcentages des personnes interrogées ayant évalué la collaboration comme « plutôt bonne » et « très bonne » varient de 85.3% pour « collaboration avec la direction de l'établissement » et 96.0% pour « collaboration avec les collègues de votre équipe ».

La qualité de la collaboration avec les différents groupes professionnels montrent des écarts mineurs des appréciations du point de vue de la taille de l'EMS, de la région linguistique ou du statut juridique. De manière générale, on constate que plus les groupes professionnels sont « proches » des personnes interrogées, du point de vue de la collaboration, plus la part de personnel qui a apprécié la qualité de la collaboration comme étant positive est grande.

On sait que la qualité de la collaboration entre les professionnels des soins peut avoir des conséquences sur leurs performances dans les soins. Lorsqu'il y a des problèmes dans leur collaboration, leur communication ou leurs relations, les problèmes dans les soins des patients peuvent aussi émerger [41]. La qualité de la collaboration par exemple entre les professionnels des soins et le service médical dans le domaine des soins de longue durée dépend aussi de l'efficacité de la communication. Dans la littérature, les obstacles à la communication les plus souvent cités sont le sentiment d'être bousculé par le médecin, la difficulté de trouver un endroit calme pour discuter ou celle d'atteindre le service médical. De leur côté, les médecins attendent des soignants qu'ils soient brefs et qu'ils aient les informations cliniques pertinentes sur les résidents [42]. Avec une collaboration de qualité entre les différents

groupes professionnels dans l'EMS, on peut présumer que cela influe positivement sur les soins et l'accompagnement des résidents. Il n'y a cependant que peu de résultats de recherche à ce sujet.

#### 2.3.d. *Stress au travail*

Quatre domaines avec chacun trois items ont été examinés concernant le stress au travail : la responsabilité à l'égard des résidents, les conflits de travail, l'insécurité au travail et la reconnaissance du travail (voir Annexe H, p. 60).

*Responsabilité à l'égard des résidents* : Dans ce domaine, le personnel de soins et d'accompagnement interrogé se sent le plus « souvent » ou « très fréquemment » stressé par la prise en charge de résidents « difficiles » (9.6%), le personnel au Tessin se sentant plus stressé que dans les autres régions linguistiques (D : 8.9%, F : 9.7%, I : 20.2%). La prise en charge des personnes mourantes est au contraire un facteur de stress moindre (2.5%).

*Conflits au travail* : Ce domaine présentent les facteurs de stress les plus forts : le manque de personnel (22.5%) et un volume de travail tel que tout ne peut être bien fait (15.8%). Des résultats similaires se retrouvent dans le thème consacré aux ressources et à la dotation en personnel (voir sous 2.3.b), qui se recoupent comparativement dans l'évaluation de la qualité de l'environnement de travail. Les conflits avec le personnel dirigeant sont des sources de stress moindres (3.5%).

*Insécurité au travail* : Dans ce domaine, peu de personnes interrogées se sentent « souvent » ou « très fréquemment » stressées. Ni l'absence de préparation, par la formation ou l'expérience, au travail (1.8%), ni la peur de faire des erreurs (2.7%) sont des facteurs de stress importants. Un peu plus de personnel se dit stressé par le manque d'informations concernant l'état d'un ou d'une résidente (6.1%).

*Reconnaissance au travail* : C'est un salaire insuffisant qui constitue le facteur de stress le plus important (14.7%) pour les personnes interrogées, suivi par la difficulté de ne pas pouvoir utiliser toutes ses compétences dans le travail (9.2%). ne pas être consulté lorsque des décisions sont prises concernant son propre travail est un facteur de stress moindre (4.3%), ce qui correspond aux déclarations concernant le thème de la participation dans la qualité de l'environnement de travail, où celle-ci a été bien évaluée de façon générale.

D'après les recherches conduites jusque-là, la pression du temps, le manque de personnel et un statut peu élevé dans la profession sont des facteurs de stress importants dans le domaine des soins [43] en lien avec d'autres facteurs, comme par exemple, les heures supplémentaires, une faible rémunération ou la prise en charge de résidents « difficiles » [44], ce qui se reflète dans les résultats de SHURP. La confrontation avec le stress au travail a des effets sur la santé des collaborateurs, comme par exemple le « burnout » (ou épuisement professionnel) ou les douleurs musculo-squelettiques [45-47], et conduit à une diminution de la capacité de travail, à l'insatisfaction avec son travail, l'absentéisme et la démission [46, 48], tout comme avec une diminution de la qualité des soins [47, 49]. Il y a précisément, dans

les unités avec des soins spécifiques pour la démence, une charge de travail importante pour les soignants, avec plus de symptômes comportementaux de la part des personnes atteintes de démence [50].

### 2.3.e. Sécurité des résidents

La sécurité des résidents est liée à la culture organisationnelle d'un EMS et représente une caractéristique importante de la qualité des soins et de l'accompagnement. La sécurité des résidents se place dans le contexte de la culture de la sécurité d'un établissement et est de ce fait liée aux soins médicaux, aux soins infirmiers et à l'accompagnement. Les éléments d'une culture de la sécurité couvrent par exemple, le travail en équipe, le climat de sécurité, la communication, les conditions de travail, le soutien de la hiérarchie. Ils indiquent ainsi des événements locaux dans un EMS et représentent les attitudes, les perceptions et les comportements du personnel au sujet de la sécurité des patients ou des résidents [51].

Dans l'étude SHURP, le personnel de soins et d'accompagnement a été interrogé à propos de la sécurité des résidents sous l'angle du travail en équipe, du climat de sécurité et de la reconnaissance du stress (voir Annexe I, p. 62). Au sujet du travail en équipe, les collaborateurs ont apprécié la qualité de différents aspects de la collaboration. Pour le climat de sécurité, comment les fautes, les feedbacks (retours) et l'apprentissage par l'erreur étaient pris en charge. Quant à la reconnaissance du stress, il s'est agi d'évaluer la conscience que le personnel a du fait que les situations de stress, la charge de travail et la fatigue ont des effets négatifs sur la performance. Une approbation de ces items signifie que les collaborateurs reconnaissent l'influence du stress et de la fatigue sur leurs performances. Dans les résultats qui suivent le pourcentage de réponses favorables (« plutôt en accord » ou « fortement en accord ») est recensé.

*Travail en équipe* : Le travail en équipe est, dans l'ensemble, évalué positivement. Par exemple, 80.4% du personnel de soins et d'accompagnement déclarent qu'au niveau de l'unité les propositions et les idées (par ex. en matière d'organisation du travail ou la réalisation des soins) sont bien accueillies. Un peu moins d'un cinquième (18.3%) des personnes interrogées rapporte qu'au niveau de l'unité, il est difficile d'aborder un problème concernant les soins prodigués aux résidents, ce qui se traduit de manière différentes dans les régions linguistiques (D : 16.6%, F : 23.5%, I : 29.9%).

*Climat de sécurité* : Le climat de sécurité est apprécié de manière diverse par les personnes interrogées. Environ trois quart du personnel de soins et d'accompagnement déclarent que s'ils étaient résidents dans cette unité, ils se sentiraient soignés et bien accompagnés (74.0%). 19.1% estiment qu'au niveau de l'unité, il est difficile de parler des erreurs, ce qui apparaît comme plus fréquent en Suisse romande et au Tessin (D : 16.1%, F : 27.4%, I : 42.2%). D'un autre côté, c'est au Tessin que les collaborateurs reçoivent plus de retours appropriés concernant leur travail (D : 67.1%, F : 59.2%, I : 72.4%)



et les collaborateurs en Suisse-romande sont plus encouragés à rapporter des observations (D : 76.2%, F : 84.1%, I : 77.0%).

*Reconnaissance du stress* : Entre 39% et 61% des personnes interrogées conviennent que leur propre performance est diminuée par une charge de travail élevée, la fatigue et dans des situations stressantes. Dans l'ensemble, il y a peu de variations dans la reconnaissance du stress en fonction de la taille de l'EMS ou sa forme juridique. Par contre, sur le plan des régions linguistiques, il y a, pour chacun des quatre items, moins de reconnaissance du stress en Suisse-älémanique qu'en Suisse-romande et au Tessin : « Lorsque je suis en surcharge de travail, mes performances sont affectées » (D : 53.2%, F : 71.4%, I : 82.9%); « Je suis moins efficace au travail lorsque je suis fatigué-e » (D : 56.6%, F : 77.3%, I : 76.0%); « Je fais plus facilement des erreurs dans des situations de tension et d'hostilité » (D : 48.3%, F : 59.4%, I : 78.9%); et « Dans des situations d'urgence, la fatigue affecte mes performances » (D : 36.4%, F : 46.7%, I : 52.8%).

Les recherches internationales montrent que le climat de sécurité varie dans les EMS [52-54]. Selon l'aspect de la sécurité, par exemple « qu'il est facile de parler d'un problème » ou « si en tant que collaborateur l'on se trouve compromis en cas d'erreur », l'approbation du personnel va de 16% à 56%. Le climat de sécurité est souvent apprécié plus positivement par la direction des soins ou de l'établissement que par le personnel [55]. Des études séparées montrent aussi qu'un climat de sécurité positif dans les EMS, par exemple est en lien avec des mesures de contention réduites [56] et avec une part plus élevée d'un personnel de soins diplômé [57, 58]. Les dirigeants jouent un rôle important pour un climat de sécurité positif, lorsque par exemple ils favorisent une communication fondée sur « pas d'accusation lors d'erreurs » et qu'ils associent leurs professionnels aux processus de décision [59].

### 2.3.f. Heures supplémentaires

Il a été demandé au personnel de soins et d'accompagnement, si lors de leur dernier horaire de travail ils avaient dû effectuer plus de 30 minutes de travail supplémentaire, et quelle était la fréquence de ces heures supplémentaires (voir Annexe J, p. 64). Les résultats de l'enquête montrent qu'il est rare qu'une personne des soins et de l'accompagnement effectue des heures supplémentaires lors de chaque horaire de travail (3.1%). Un quart des personnes interrogées effectue, une fois tous les deux à sept jours de travail, des heures supplémentaires (25.1%). Il y a un peu moins d'heures supplémentaires au Tessin (presque à chaque horaire de travail à tous les sept jours : D : 29.8%, F : 24.6%, I : 12.4%).

Les heures supplémentaires sont un facteur de stress important [44] et sont associées dans la littérature à la satisfaction au travail [60], à l'épuisement émotionnel [61], à des accidents du travail [62], à l'absentéisme [63] et au désir de démissionner [64].

### 2.3.g. *Rationnement des soins*

Une charge de travail élevée et un manque de ressources (temps, personnel) nécessite de la part du personnel de soins et d'accompagnement l'établissement de priorités et des décisions concernant les mesures en matière de soins qui peuvent être offertes ou non. Un rationnement implicite des soins interroge dans ce sens la fréquence des soins nécessaires et habituels ou des thérapies qui durant les sept derniers jours n'ont pu être partiellement ou complètement données, en raison d'un manque de temps ou une surcharge de travail (voir Annexe K, p. 65). Les questions, dans le cadre de cette étude, s'orientent autour des six thèmes suivants : soutien dans les activités de la vie quotidienne (AVQ), entretien-accompagnement-aide, encouragement-instructions, surveillance-sécurité, documentation et activités socio-culturelles.

*Soutien dans les activités de la vie quotidienne* : En moyenne, la part de personnel de soins et d'accompagnement qui ne peut conduire l'une des six mesures de soins dans le domaine du soutien aux AVQ parfois ou souvent se situe entre 5.6% et 14.2%. C'est la toilette complète ou partielle et/ou les soins de la peau qui se sont le plus souvent rationnés (14.2%) et les soins de bouche et/ou de dents (12.7%). Les soins de bouche et/ou de dents, selon les déclarations des personnes interrogées, sont moins souvent donnés en Suisse-romande (18.9%) et au Tessin (20.1%) qu'en Suisse-alémanique (11.1%). La toilette et les soins de la peau sont le moins rationnés au Tessin (D : 13.2, F : 21.5%, I : 8.2%). Le soutien pour manger ou pour boire est rarement rationné. Seuls respectivement 5.6% et 6.1% des personnes interrogées disent n'avoir pu donner, parfois ou souvent, l'aide nécessaire lors de la prise alimentaire.

*Entretien – Accompagnement – Aide* : Un cinquième du personnel de soins et d'accompagnement (21.9%) déclare n'avoir pu offrir aucun soutien émotionnel aux résidents, par exemple lors d'insécurité et de peur ou de sentiment de dépendance. La question de l'entretien avec les résidents présente des différences régionales significatives. En Suisse-romande, elle est plus souvent citée (30.7%) qu'au Tessin (22.3%) ou qu'en Suisse-alémanique (14.1%).

*Encouragement – Instructions* : Chaque quatrième personne interrogée (24.4%) déclare n'avoir pu durant les sept derniers jours, parfois ou souvent, offrir des soins qui favorisent l'autonomie des résidents. Cette part était la plus élevée en Suisse-romande (31.3%), suivi du Tessin (27.5%) et de la Suisse-alémanique (22.9%). C'est également le cas pour la rééducation à la continence qui présente des différences entre les régions linguistiques, avec un rationnement plus élevé en Suisse-romande (D : 12.9%, F : 23.8%, I : 18.5%).

*Surveillance – Sécurité* : Pour ce thème, un tiers des personnes interrogées (33.8%) déclare avoir dû faire attendre plus de cinq minutes des résidents, qui avaient sonné, avec une proportion variable entre les régions linguistiques. En Suisse-romande, c'est vrai pour presque chaque deuxième personne des soins et de l'accompagnement interrogée (48.8%), alors qu'au Tessin ce sont 39.1% des personnes

interrogées et 30.7% en Suisse-älémanique. Une autre différence entre régions linguistiques est observée à propos de résidants qui n'ont pu être surveillés aussi souvent que cela aurait été nécessaire : alors que 16.7% des personnes interrogées en Suisse-älémanique n'ont pu surveiller les résidants parfois ou souvent durant les sept derniers jours, ils sont 20.7% au Tessin et 29.1% en Suisse-romande. 19.0% déclarent également que des mesures de contention ont été appliquées et/ou un sédatif administré parce qu'elles n'avaient pas pu suffisamment observer des résidant confus ou ayant une déficience cognitive.

*Documentation* : L'ensemble des trois mesures qui concernent ce thème ont été appréciées par les personnes interrogées comme ne pouvant, parfois ou souvent, pas être réalisées. 35.4% disent n'avoir pas eu de temps, au début de leur horaire de travail, de s'informer suffisamment sur la situation des résidants (D : 33.8%, F : 46.5%, I : 26.8%); 32.1% n'ont pu ni réaliser, ni actualiser un plan de soins (D : 32.2%, F : 34.5%, I : 24.0%) et 31.3% n'ont pu documenter suffisamment les soins effectués (D : 31.1%, F : 33.2%, I : 29.4%). C'est en Suisse-romande que la collecte d'informations au début de l'horaire de travail ne peut le plus fréquemment pas être effectuée.

*Activités socioculturelles* : Presque 30% du personnel de soins et d'accompagnement déclare ne pas avoir pu conduire une activité avec un ou une résidante, comme par exemple, une promenade, l'accompagnement pour faire des achats, les personnes interrogées le déclarant plus souvent en Suisse-romande (36.1%) et au Tessin (38.2%) que ceux en Suisse-älémanique (27.5%). Il est important de noter à cet endroit, que dans certains EMS, ces activités sont partiellement ou pas du tout attribuées au domaine de compétences du personnel de soins et d'accompagnement au niveau de l'unité.

De la recherche dans le domaine hospitalier, l'on sait qu'un niveau plus élevé de rationnement des soins peut avoir un impact négatif sur les résultats des patients (p.ex. la mortalité) [65-67]. Il n'y a malheureusement pas d'études quantitatives jusque-là quant au niveau de rationnement des soins dans les EMS, même si ce phénomène est aussi connu dans ce cadre [68]. SHURP fournit ici pour la première fois des résultats importants.

## 2.4. Conséquences chez le personnel de soins et d'accompagnement

### 2.4.a. Satisfaction au travail / Recommandation du lieu de travail

Dans l'étude SHURP, deux questions complémentaires ont été posées au personnel de soins et d'accompagnement (voir Annexe L, p. 67): d'une part, par rapport à leur satisfaction générale avec leur lieu de travail, et d'autre part, s'ils recommanderaient leur lieu de travail comme un bon lieu de travail à un ou une collègue. La satisfaction au travail est, dans l'ensemble, positivement appréciée par le personnel de soins et d'accompagnement, 88.3% sont contents ou très contents de leur lieu de travail. Le pourcentage de personnes interrogées qui considèrent leur place de travail comme un bon lieu de travail (« probablement oui » et « certainement oui ») se situe en moyenne à 87.0%. Il n'y a pas de

différences essentielles pour ces deux questions en fonction de la taille de l'EMS, de la région linguistique ou du statut juridique.

D'après les études existantes, la satisfaction au travail du personnel des EMS est en lien avec de nombreux facteurs comme par ex. les caractéristiques individuelles des collaborateurs, les caractéristiques du lieu de travail, comme avec le cahier des charges [48, 69]. Les aspects les plus importants déterminant la satisfaction au travail du personnel de soins et d'accompagnement sont d'une part, l'appréciation quant à la possibilité d'être en mesure d'effectuer correctement les activités de soins et d'accompagnement à accomplir et d'autre part, de pouvoir aider les résidents [61, 70]. Le personnel de soins et d'accompagnement est aussi satisfait de son travail lorsque la qualité des soins est positivement perçue [71, 72].

#### 2.4.b. *Identification à l'entreprise*

Cinq items questionnent l'identification à son entreprise (« commitment ») (voir Annexe M, p. 68). Pour l'ensemble des items relatifs à l'identification à leur entreprise, environ trois quart des personnes interrogées s'expriment avec « plutôt en accord » ou « fortement en accord ». Avec 62.9%, c'est l'item « je suis fier(ère) de travailler dans cette institution » qui rencontre l'adhésion la moins grande. Un fort sentiment d'appartenance à leur établissement est ressenti par 68.3% des personnes interrogées, 71.0% seraient heureux de pouvoir continuer à travailler dans leur établissement au cours des prochaines années et 75.4% pensent que leurs valeurs concernant des bons soins correspondent à celles de l'institution. C'est au niveau des régions linguistiques que l'on observe des différences, avec une identification plus forte à son établissement au Tessin, comme par exemple la fierté de travailler dans son institution (D : 61.3%, F : 69.0%, I : 70.9%).

Dans la littérature l'identification à l'entreprise est une valeur prédictive importante pour déterminer si des collaborateurs resteront ou non dans l'entreprise. Une identification élevée à l'entreprise est corrélée positivement avec une fluctuation plus faible, une satisfaction professionnelle et une meilleure exécution du travail [69, 73-75].

#### 2.4.c. *Identification à la profession*

L'identification à l'égard de la profession donne une information quant au fait qu'une personne continuera ou non à exercer son métier ; cela ne prédit en rien son lien à l'entreprise. Il n'y a quasiment pas de résultats scientifiques disponible au sujet de l'importance de l'identification à la profession dans le domaine des soins, et SHURP apporte, à cet égard, des premiers résultats.

Trois items sont étudiés dans SHURP concernant l'identification à la profession (voir Annexe M, p. 68). Elle semble plus élevée que l'identification à l'entreprise : 86.6% du personnel de soins et d'accompagnement approuve le fait qu'il est d'une grande importance d'exercer ce métier, 86.9% a du

plaisir dans ses activités professionnelles et 88.7% approuve le fait que ses activités professionnelles actuelles lui conviennent bien.

#### 2.4.d. *Épuisement émotionnel*

Les aspects de l'épuisement émotionnel en lien avec le travail, basés sur sept items, ont été questionnés (voir Annexe N, p. 69). Tel que rapporté par les résultats, plus d'un cinquième (23.7%) du personnel de soins et d'accompagnement se dit émotionnellement épuisé une fois par semaine ou plus, cette part étant plus élevée en Suisse-älémannique (24.5%) qu'en Suisse-romande (21.7%) ou qu'au Tessin (16.3%). En outre, 37.7% des personnes interrogées répondent qu'elles se sentent épuisées à la fin de leur journée de travail une fois par semaine ou plus. 19.3% se sentent fatigués lorsqu'ils se lèvent le matin et qu'ils doivent faire face à une journée de travail. La part la plus élevée est ici au Tessin avec 30.6%, suivi de la Suisse-romande (25.3%) et de la Suisse-älémannique (17.5%). A l'opposé, on trouve une part basse de personnes des soins et de l'accompagnement qui déclarent soigner les résidents comme des objets (7.1%) ou qui trouvent que travailler avec des personnes toute la journée est une contrainte (5.7%).

L'épuisement émotionnel est un phénomène connu chez le personnel de soins et d'accompagnement des EMS [61, 76] et il peut signaler un burnout (épuisement professionnel) [77]. La littérature indique que le burnout est lié à un absentéisme élevé, au désir de démissionner et à la fluctuation du personnel de soins [78]. En outre, le burnout affecte de manière négative l'attitude à l'égard des résidents [47] et peut conduire à la maltraitance à leur égard [79, 80].

#### 2.4.e. *Problèmes de santé*

Le personnel de soins et d'accompagnement des EMS éprouve de nombreux maux en matière de santé, comme par exemple des douleurs de dos, d'épaule et de nuque qui sont liés au travail physique souvent intense. S'ajoute à cela différents risques comme par exemple les infections, la charge psychologique ou le burnout [61, 81].

Dans l'étude SHURP le personnel de soins et d'accompagnement a été interrogé quant à ses maux en matière de santé, et pour ce faire les cinq questions de l'Enquête suisse sur la santé [ESS, voir 82], tout comme une question complémentaire concernant les symptômes allergiques ont été utilisées (voir Annexe O, p. 70). Le pourcentage d'approbations (« un peu » ou « beaucoup ») est donné ci-dessous. Le personnel de soins et d'accompagnement interrogé signale en moyenne les maux suivants : douleurs de dos ou de reins (70.9%), faiblesse généralisée, fatigue, manque d'énergie (66.0%), douleurs des membres ou des articulations (50.9%), problèmes de sommeil (48.1%), maux de tête (45.5%). Les symptômes allergiques sont signalés par 9.3% des personnes interrogées. C'est au sujet des douleurs

des membres ou des articulations que se trouve l'expression la plus forte en Suisse-romande et au Tessin (D : 48.2%, F : 62.4%, I : 60.2%).

En complément, il a aussi été demandé d'évaluer dans quelle proportion (40% - 100%) ces troubles étaient liés au travail. En tout, 65.3% du personnel de soins et d'accompagnement interrogé voit un lien entre ces troubles et son travail. Ces données vont, par établissement, de 20.0% à 100.0%. Il n'y a pas de différences significatives sur cette question du lien entre les troubles cités et le travail, en fonction de la taille de l'établissement et du statut juridique. Au Tessin par contre, ce lien est plus souvent effectué que dans les autres régions linguistiques (D : 63.6%, F : 69.6%, I : 80.6%).

Les résultats de l'étude SHURP sont en grande partie convergents avec ceux de la littérature à propos des plaintes en matière de santé : les douleurs le plus souvent citée par le personnel de soins et d'accompagnement dans les EMS sont les maux de dos, les maux de tête, tout comme les douleurs dans les bras et les jambes [61]. D'après les études les plaintes en matière de santé et les taux de blessures ont un lien significatif avec les heures de soins effectuées par résident et par jour [83].

#### 2.4.f. *Absentéisme / Présentéisme*

L'absentéisme est défini ici comme une absence physique lors d'un jour de travail, généralement en raison de la maladie ou d'un accident, alors que le présentéisme est défini comme « aller au travail, malgré le fait que l'on soit malade ». Il a été demandé au personnel de soins et d'accompagnement, combien de jours, au cours des quatre dernières semaines, ils n'avaient pas été travailler en raison de maladie ou ils avaient été travailler bien qu'ils se soient sentis malades (voir Annexe P, p. 71).

Plus de 85.5% des personnes interrogées n'ont pas été malades durant les quatre dernières semaines et 5.9% ont été malades trois jours et plus. Avec 16.8% des personnes interrogées qui sont allées au travail trois jours et plus, bien que malades, il semble que la problématique du présentéisme soit plus prononcée que celle de l'absentéisme.

D'après la littérature, l'absentéisme est lié à des coûts pour les employeurs, il augmente souvent la charge de travail dans l'entreprise, et l'on suppose qu'un absentéisme élevé a un lien avec une mauvaise qualité des soins et une fluctuation plus élevée [63]. Un bon environnement de travail semble être lié à moins d'absentéisme [84-86]. Le présentéisme est fréquent chez le personnel de soins [87] et peut avoir un impact négatif sur la qualité des soins, dans la mesure où le personnel présent ne peut répondre aux exigences de son travail, en particulier également aux exigences physiques [88] ou favoriser la transmission de maladies infectieuses [89]. Un stress au travail plus élevé semble augmenter le présentéisme plus que l'absentéisme dans les EMS [90].

#### 2.4.g. Blessure par piqûre d'aiguille

Il a été demandé au personnel de soins et d'accompagnement si, durant les six derniers mois, il s'était blessé avec une seringue ou un objet tranchant, qui aurait été précédemment utilisé pour un ou une résidante (voir Annexe Q, p. 72). Au total 2.1% des personnes interrogées sont concernées par ces blessures. Il ne s'agit pas d'un petit pourcentage, si l'on considère les conséquences (santé et coûts) que ces blessures peuvent entraîner pour la personne elle-même ou pour l'établissement.

Il y a peu de littérature disponible concernant les piqûres par aiguille dans le domaine des soins [91]. Une recherche montre que la plupart des blessures par aiguille se produisent en lien avec des injections d'insuline et au moment où le capuchon de l'aiguille est remis [91]. C'est la transmission de maladies infectieuses comme l'hépatite B ou C, tout comme le HIV qui est dangereuse. Chaque blessure par aiguille est cependant aussi liée pour le personnel à des suites psychologiques comme l'anxiété, l'incapacité à travailler ou la dépression [92]. Les blessures par piqûre d'aiguille peuvent être évitées par des mesures diverses, parmi lesquelles des conceptions d'aiguilles plus sûres ou des modalités d'élimination plus sûres sont centrales [92, 93].

#### 2.4.h. Intention de quitter son travail

Dans l'enquête trois thématiques ont été abordées au sujet de l'intention de quitter son travail qui mettent en évidence le processus jusqu'à la démission : les pensées relatives à la démission, à l'intention de démissionner ou à la recherche actuelle d'un poste. Ce thème est accompagné de la question concernant l'appréciation des collaborateurs quant à leur chance sur le marché du travail et s'ils envisagent de quitter leur activité dans les soins (voir annexe R, p. 73). Les résultats de l'enquête montrent qu'en tout, 12.4% du personnel de soins et d'accompagnement pense souvent à démissionner et 6.4% sont en train de chercher un poste dans une autre organisation. Environ un tiers des personnes interrogées (32.2%) disent qu'il serait facile de trouver un nouveau poste, une affirmation qui est moins grande en Suisse-romande (22.2%) et au Tessin (16.1%) qu'en Suisse-allemanique (35.1%). La part du personnel de soins et d'accompagnement qui pense à quitter totalement son activité dans les EMS pour changer de métier est également de 12.0%.

Selon les études, l'intention de quitter son travail est la valeur prédictive la plus forte pour la fluctuation (« turnover ») [94] ; elle affecte la qualité des soins et elle a des conséquences financières pour l'établissement [44, 61]. Les facteurs d'influence sur l'intention de quitter son travail et la fluctuation sont, dans les EMS, un soutien et une reconnaissance réduits par la hiérarchie, un manque de travail d'équipe, une planification sans flexibilité, des possibilités d'évolution professionnelle réduites, tout comme des facteurs individuels, comme la satisfaction au travail et l'épuisement émotionnel [46, 61, 84, 94-101].

#### 2.4.i. *Mobbing*

Le mobbing, défini comme « violence sur le lieu de travail », décrit un comportement répété et inapproprié par des employés ou un groupe d'employés contre des individus conduisant à des risques pour la santé et la sécurité [102]. Dans l'étude SHURP, il a été demandé au personnel de soins et d'accompagnement à quelle fréquence, durant les six derniers mois, ils avaient reçu une charge de travail ingérable, ils avaient été exclus ou ridiculisés, ou privés d'informations importantes pour leur travail par leurs collègues ou leurs supérieurs hiérarchiques (voir Annexe S, p. 74). Les pourcentages de personnel de soins et d'accompagnement ayant répondu « mensuellement », « hebdomadaire » ou « quotidiennement » pour avoir vécu ce type d'expériences sont répertoriés ci-dessous.

Il y a en tout relativement peu d'expériences de mobbing. Parmi les personnes interrogées, 4.7% ont signalé avoir reçu une charge de travail supérieure à celle d'autres membres de l'équipe, de telle manière qu'elles n'ont pu la gérer ; 2.4% ont signalé être ignorées ou exclues par des collègues ou des supérieurs 2.7% que des collègues ou des supérieurs faisaient de la rétention d'information, ce qui a affecté leur performance au travail et 1.9% ont été humiliées ou ridiculisées.

L'émergence de mobbing sur le lieu de travail apparaît essentiellement à la faveur d'une qualité de management réduite, une mauvaise organisation du travail et des conditions de travail modifiées [103]. Selon le secteur de travail, la part de mobbing varie entre 6% dans l'agriculture et 23% dans les soins [104]. Dans les soins, entre 17% et 76% du personnel soignant font part d'expériences de mobbing, ces informations se rapportent aussi à des définitions et à des méthodes de collecte des données différentes [105]. Dans une étude suisse, 10.4% des collaborateurs travaillant dans les soins ont rapporté à propos d'expériences de mobbing [106].

#### 2.4.j. *Régulation émotionnelle*

L'échelle pour la régulation émotionnelle couvre la manière qu'à une personne de garder ses émotions sous contrôle ou de les réguler. Elle est divisée en deux sous-échelles « suppression » et « réévaluation », qui décrivent deux stratégies pour faire face aux émotions [107] (voir Annexe T, p. 75). Avec la suppression, l'on modifie son comportement pour cacher ses émotions ; avec la réévaluation, l'on modifie son appréciation de la situation. Les personnes interrogées disposaient d'une échelle de 1 à 7 pour définir leur niveau d'approbation à différentes déclarations. On peut observer que le personnel adhère plus à la stratégie « réévaluation » (moyenne de l'échelle 4.7) qu'à la stratégie de la « suppression » (moyenne de l'échelle 3.8). La réévaluation est liée à une meilleure santé physique et un fonctionnement social collaboratif, alors que la suppression est mise en lien avec une moins bonne santé physique et plus d'expériences émotionnelles négatives [108].



### 3. Synthèse des résultats et discussion

#### 3.1. Synthèse des résultats

SHURP est à ce jour la plus grande enquête représentative sur le personnel de soins et d'accompagnement en Suisse. Avec un taux de retour de 76%, il est permis, pour la première fois, d'effectuer des déclarations fiables sur la situation du personnel de soins et d'accompagnement dans les établissements, comme par exemple, à propos de la qualité de l'environnement de travail et des conséquences chez les collaborateurs. SHURP contient la mesure de différents thèmes d'importance pour les EMS, et entre autres, également pour la première fois, le recensement de la question du rationnement des soins dans les EMS au niveau international. De manière générale, SHURP met à disposition une base de données indispensable pour toutes les parties prenantes dans le domaine des EMS en Suisse.

Ce rapport est une première représentation et une description des données de l'enquête SHURP. Les différences abordées, par exemple entre les régions linguistiques, ainsi que les relations possibles entre les variables doivent être explorées et interprétées dans des étapes suivantes, dans un contexte de diversité des variables et de leurs effets. Le rapport SHURP est aussi avant tout descriptif. Des questions émergentes concernant les rapports entre les multiples thèmes analysés ne peuvent trouver encore de réponse ici. De telles questions seront abordées dans une prochaine phase du projet.

Parmi l'abondance de données disponibles de l'enquête, quelques thèmes choisis seront discutés ici. Ils sont apparus comme significatifs, lors des discussions avec le Groupe d'intérêt de l'étude SHURP (« Stakeholders ») qui comprend des associations tant d'EMS que de professionnels, divers cercles professionnels et d'autres représentants intéressés. Il est cependant d'ores et déjà permis d'affirmer qu'une discussion approfondie concernant ces thèmes et la recherche de solutions appelle un engagement commun de la part des fournisseurs et des porteurs de prestations, des associations et des instances politiques.

##### 3.1.a. Attractivité des soins de longue durée

Les résultats montrent que dans leur majorité les EMS proposent à leurs collaborateurs un bon environnement de travail, et qu'avec 88%, une grande part du personnel des soins et de l'accompagnement est content de son travail. Ils se situent de ce point de vue plus haut que leurs collègues des hôpitaux suisses qui, selon l'étude RN4Cast se sont montrés à 79% satisfaits de leur travail [33] et étaient proches de la moyenne suisse et de 91% des employés qui, selon une enquête du SECO, étaient satisfaits ou très satisfaits de leurs conditions de travail [109]. Environ 87% du personnel de soins et d'accompagnement montrent une identification élevée à leur profession : leurs activités et leur travail font sens et leur donnent du plaisir. Le personnel apprécie positivement ses dirigeants et la possibilité

de participation dans l'établissement. Une majorité est plutôt contente ou très contente avec la qualité des soins et de l'accompagnement donnés dans leur unité. Ces résultats montrent que la place de travail « EMS » est évaluée, pour la majorité du personnel de soins et d'accompagnement, comme un lieu de travail attractif, et ils transmettent dans l'ensemble une image positive du secteur des soins de longue durée. Il s'agit d'une condition essentielle pour conserver le personnel de soins et d'accompagnement et pour recruter de nouveaux collaborateurs. Les soins de longue durée sont ainsi dans une bonne posture pour aborder les défis spécifiques à venir, comme l'augmentation des personnes plus âgées et plus dépendantes, parmi lesquelles une grande part de personnes atteintes de démence.

### 3.1.b. *Le défi de la démence*

Plus de la moitié des résidants ont une démence diagnostiquée médicalement ou de symptômes de démence. Avec la tendance d'un maintien à domicile le plus longtemps possible et l'entrée en EMS dans une phase de vie plus tardive lorsqu'une démence a déjà progressé, ce chiffre sera vraisemblablement en augmentation à l'avenir. Un état de fait qui augmentera aussi bien les dépenses pour les soins et l'accompagnement que les coûts pour l'accueil en EMS, et qui exige une spécialisation croissante dans ce domaine. A l'heure actuelle, quatre cinquièmes des EMS proposent annuellement des formations dans le domaine de la démence. Mais l'enquête a aussi montré qu'il y avait une nécessité d'agir en termes d'aménagements spécifiques de l'EMS et de son environnement pour la démence, tout comme en ce qui concerne la spécialisation du personnel accompagnant les personnes atteintes de démence. L'augmentation prévue de personnes avec une démence dans les EMS sera un défi croissant pour le personnel de soins et d'accompagnement. La littérature montre que le personnel doté des qualifications professionnelles pour accompagner des personnes avec une démence, est plus satisfait, peut prévenir des situations de crise dans la vie quotidienne et augmente la qualité de vie des résidants [11, 110]. Il est donc nécessaire que les EMS définissent déjà aujourd'hui les orientations pour leur avenir, telles qu'en plus des conditions cadres appropriées, ils veillent à disposer de suffisamment de personnel qualifié et spécialisé dans le domaine des soins spécifiques pour la démence.

### 3.1.c. *Forces régionales et besoins en soins*

Les résultats de l'étude mettent en évidence des différences régionales en termes d'offre de soins, d'intensité de soins, de prestations spécifiques pour la démence et les soins palliatifs, de profil d'équipe, tout comme de la qualité de l'environnement de travail et celle des soins et de l'accompagnement. Concernant la qualité des soins et de l'accompagnement, il est cependant montré que les différences entre les établissements sont plus importantes qu'entre les régions linguistiques, les tailles d'établissement ou le statut juridique de l'EMS. Les différences favorisent aussi le soutien à la

poursuite de réflexions en commun, pour lesquelles les variations régionales offrent des occasions de comparaison pour apprendre les uns des autres. Par exemple, des projets réussis ou innovants pour l'amélioration des soins des personnes très âgées peuvent servir de modèle et être mis en œuvre en les adaptant à la situation considérée. Par rapport à la question de l'intensité des soins, il est évident que la Suisse-almannique a surtout encore devant elle probablement un processus de reconfiguration. Avec l'entrée retardée en EMS, il y aura de plus en plus de personnes qui entreront dans un établissement lorsqu'ils sont déjà relativement dépendants et sont atteints de démence à un stade avancé. C'est la raison pour laquelle les services de soins domicile doivent être renforcés et de nouveaux modèles de soins développés avec une coordination accrue entre les différents prestataires.

### *3.1.d. Un personnel de soins chargé physiquement et psychologiquement*

Contrairement à l'image positive d'un bon lieu de travail et d'une relativement haute satisfaction, les résultats de l'étude font apparaître différents défis qui appellent une action. Les activités dans un EMS sont associées à des charges physiques et psychiques sur le plan de la santé, qui sont en partie importantes, pour le personnel de soins et d'accompagnement. Deux tiers du personnel se plaignent de maux de dos et de reins, tout comme de faiblesse générale et de fatigue, et plus de la moitié ont des douleurs dans les membres ou les articulations. En outre, plus d'un tiers se sent au minimum une fois par semaine épuisé à la fin de la journée. Le comportement agressif des résidents peut être aussi vécu comme stressant, qu'il soit verbal (23%) ou physique avec des coups, des morsures et des griffures (10%). Ceci exige non seulement des actions de promotion de la santé au travail, mais demande également, en fonction des besoins coordonnés et différenciés, des offres adaptées à la prise en charge de la santé, par le biais des associations par exemple. Les petits EMS sont aujourd'hui déjà dépendants des offres externes et des services des associations.

### *3.1.e. Les réserves de recrutement se situent à la frontière*

La proportion élevée des établissements qui à l'unisson présentent des difficultés de recrutement (92%), indique, en tenant compte a) que chaque huitième collaborateur pense à quitter son travail dans le secteur des EMS, que b) chaque troisième collaborateur partira à la retraite dans les 15 ans à venir, que c) il y a une part relativement élevée de personnel ayant un titre professionnel étranger, combien une politique de développement du personnel est importante à cet endroit. A cela appartiennent des mesures de formation et de promotion dans et en dehors de l'établissement, qui visent la promotion des jeunes talents, le développement de carrière et la durée dans la profession comme au sein de l'établissement, le retour au travail et le changement d'orientation, et un mélange équilibré des générations. Pour faire face à l'augmentation du besoin en personnel de soins et couvrir les besoins du pays, un pas important a été fait au niveau national avec le Masterplan « Formation aux professions des

soins », coordonné par la Confédération (SEFRI et OFSP), les cantons (CDS et CDIP) et l'organisation du monde du travail concernée (OdaSanté).

### 3.1.f. *Lutte pour le maintien de la qualité des soins*

Les EMS suisses présentent de très bons résultats pour les indicateurs de qualité mesurés : peu de résidents souffrent d'un escarre (2.7%), d'une infection des voies urinaires (5.1%) ou d'une perte de poids (4.5%). En comparaison internationale, les résidents chutent relativement peu avec 13.2%. 93.5% du personnel de soins et d'accompagnement est lui-même plutôt satisfait ou très satisfait de la qualité des soins. Cependant les retours concernant le thème du rationnement des soins interpellent. Un cinquième du personnel de soins et d'accompagnement déclare ne pas pouvoir, parfois ou souvent, offrir un soutien émotionnel aux résidents. Un quart ne peut fournir les soins en relation avec la préservation ou la promotion de l'autonomie des résidents, ce qui signifie que celle-ci ne peut être promue. Un cinquième des personnes interrogées dit n'avoir pas pu observer suffisamment des personnes confuses ou ayant des troubles cognitifs, de sorte que des mesures de contention ont dû être appliquées ou des sédatifs donnés. Entre 17% et 29% du personnel de soins et d'accompagnement rapporte aussi un rationnement des activités socio-culturelles. Ici, des offres essentielles d'un EMS, qui sont étroitement associées à la qualité de vie de personnes fortement dépendantes, font l'objet de diminution en raison d'un manque de temps ou d'une charge de travail trop élevée. La participation à des activités socio-culturelles est justement, selon un rapport Obsan de 2012, un élément central de la qualité de vie des résidents dans les EMS [111]. En Angleterre, les hôpitaux et les EMS ont fait l'objet de nouveaux contrôles de qualité pour vérifier s'il était suffisamment tenu compte des besoins fondamentaux des patients et des résidents, comme manger et boire, ou disposer d'une protection contre la maltraitance [112]. Ceci montre que le thème de l'absence de prestations de soins fondamentales et nécessaires fait aussi l'objet d'attention à l'étranger. L'étude SHURP sera complétée par la sous-étude RESPONS de la Haute école spécialisée bernoise. Celle-ci traitera, au sein de l'échantillon des EMS de SHURP, les questions de la satisfaction et de la qualité de vie du point de vue des résidents permettra de livrer des informations approfondies à ce sujet.

## 3.2. Suites

L'étude SHURP a livré pour la première fois un ensemble de données représentatives et complètes sur la situation des EMS en Suisse. Il sera recommandé aux EMS de comparer leurs résultats à d'autres établissements, à l'aide du rapport en ligne spécifique, et de choisir deux ou trois points cruciaux qui leur semblent devoir être abordés dans leur établissement. Pour la continuité du développement de la qualité, il est important et révélateur, de discuter des résultats au sein de son propre EMS avec le personnel de soins et d'accompagnement, de façon à définir les priorités de développement et des me-

sures d'amélioration visées ou concrètes. L'équipe de projet de SHURP de l'Institut de recherche en soins infirmiers offre, pour ce faire, de novembre 2013 à février 2014, des rencontres régionales pour discuter avec les EMS des résultats et des questions de l'étude.

En conclusion, il est important d'insister encore une fois sur le fait que ce rapport présente les premiers résultats descriptifs de l'étude SHURP. Avec la grande base de données constituée, différentes questions spécifiques, concernant les relations entre différentes variables, seront étudiées. Les conditions-cadres des établissements pour des soins et un accompagnement de qualité présentent un grand intérêt, tout comme l'importance de prestations spécifiques pour l'accompagnement et les soins des personnes ayant une démence. Par exemple, les relations entre les facteurs organisationnels, les difficultés de recrutement, l'intention de démissionner, le rationnement des soins et la satisfaction au travail seront analysés. D'autres thèmes de recherche sont, par exemple, le rationnement dans le domaine de la documentation des soins donnés qui représente une base importante pour la sécurité, la qualité et le financement des soins, la part relativement élevée de présentéisme (travailler plutôt qu'être malade) et ses impacts possibles, ou le thème d'une reconnaissance relativement limitée du stress (la perception individuelle en situation de charge de travail importante d'être tout à fait capable) avec ses conséquences favorisant les actes manqués dans les soins et l'accompagnement. Il sera ainsi répondu aux questions concernant ces relations dans la phase suivante de l'étude SHURP. Ces résultats seront ensuite présentés dans des congrès nationaux et internationaux et publiés dans la presse spécialisée.

L'équipe SHURP remercie encore une fois l'ensemble des EMS participants et leurs collaborateurs pour leur participation engagée qui a rendu possible, au premier chef, la réalisation de l'étude SHURP, pour commencer à approfondir les nombreux thèmes importants relatifs aux EMS !

#### 4. Bibliographie

1. Schwendimann, R., Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Schubert, M., Engberg, S. und de Geest, S. (2013). Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP): protocol of an observational study. *Journal of Advanced Nursing*, (in press).
2. Bundesamt für Statistik. (2013). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2011 – Standardtabellen*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
3. Bayer-Oglesby, L. und Höpflinger, F. (2010). *Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz. Methodik und kantonale Kennzahlen (Obsan Bericht 47)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
4. Jaccard Ruedin, H., Weaver, F., Roth, M. und Widmer, M. (2009). *Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN).
5. Bartelt, G. und Anliker, M. (2012). *Auswertung von RAI-Daten im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung*. St. Gallen: Q-Sys.
6. House of Commons All-Party Parliamentary Group on Dementia (2011). *The £20 billion question. An inquiry into improving lives through cost-effective dementia services*. Heruntergeladen am 12.09.2013 von [http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download\\_info.php?fileID=1207](http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download_info.php?fileID=1207)
7. Fleming, R. und Purandare, N. (2010). Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines. *International Psychogeriatrics*, 22(Special Issue 07), 1084-1096.
8. Bossen, A. (2010). The importance of getting back to nature for people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(2), 17-22.
9. Innes, A., Kelly, F. und Dincarslan, O. (2011). Care home design for people with dementia: What do people with dementia and their family carers value? *Aging & Mental Health*, 15(5), 548-56.
10. McCallion, P., Toseland, R. W., Lacey, D. und Banks, S. (1999). Educating nursing assistants to communicate more effectively with nursing home residents with dementia. *Gerontologist*, 39(5), 546-558.
11. Eggenberger, E., Heimerl, K. und Bennett, M. I. (2013). Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *International Psychogeriatrics*, 25(03), 345-358.
12. Horn, S. D., Bender, S. A., Bergstrom, N., Cook, A. S., Ferguson, M. L., Rimmasch, H. L., Sharkey, S. S., Smout, R. J., Taler, G. und Voss, A. C. (2002). Description of the National Pressure Ulcer Long-Term Care Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(11), 1816-1825.
13. Hamers, J. P. H. und Huizing, A. R. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(1), 19-25.
14. Feng, Z., Hirdes, J. P., Smith, T., F., Finne-Soveri, H., Chi, I., Du Pasquier, J.-N., Gilgen, R., Ikegami, N. und Mor, V. (2009). Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(10), 1110-1118.
15. Gruneir, A. und Mor, V. (2008). Nursing home safety: current issues and barriers to improvement. *Annual Review of Public Health*, 29, 369-82.
16. Pauly, L., Stehle, P. und Volkert, D. (2007). Nutritional situation of elderly nursing home residents. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40(1), 3-12.
17. Nicolle, L. E. (2002). Urinary tract infection in geriatric and institutionalized patients. *Current Opinion in Urology*, 12(1), 51-5.
18. Morgan, D., Stewart, N., D'Arcy, C., Forbes, D. und Lawson, J. (2005). Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(3), 347-358.

19. Zeller, A., Hahn, S., Needham, I., Kok, G., Dassen, T. und Halfens, R. J. G. (2009). Aggressive Behavior of Nursing Home Residents Toward Caregivers: A Systematic Literature Review. *Geriatric Nursing*, 30(3), 174-187.
20. Evers, W., Tomic, W. und Brouwers, A. (2001). Effects of aggressive behavior and perceived self-efficacy on burnout among staff of homes for the elderly. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(4), 439-454.
21. Isaksson, U., Graneheim, U. H., Richter, J., Eisemann, M. und Aström, S. (2008). Exposure to violence in relation to personality traits, coping abilities, and burnout among caregivers in nursing homes: a case-control study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 551-559.
22. Isaksson, U., Aström, S., Sandman, P.-O. und Karlsson, S. (2009). Factors associated with the prevalence of violent behaviour among residents living in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 18(7), 972-980.
23. Pulsford, D. und Duxbury, J. (2006). Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings: a review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 611-618.
24. Gates, D., Fitzwater, E. und Succop, P. (2003). Relationships of stressors, strain, and anger to caregiver assaults. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(8), 775-793.
25. Castle, N. G. (2012). Resident-to-resident abuse in nursing homes as reported by nurse aides. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24(4), 340-356.
26. Rosen, T., Lachs, M. S., Bharucha, A. J., Stevens, S. M., Teresi, J. A., Nebres, F. und Pillemer, K. (2008). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: insights from focus groups of nursing home residents and staff. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(8), 1398-1408.
27. Pillemer, K., Chen, E. K., Van Haitsma, K. S., Teresi, J., Ramirez, M., Silver, S., Sukha, G. und Lachs, M. S. (2012). Resident-to-resident aggression in nursing homes: results from a qualitative event reconstruction study. *The Gerontologist*, 52(1), 24-33.
28. Sethi, D., Wood, S., Mitis, F., Bellis, M., Penhale, B., Marmolejo, I., Lowenstein, A., Manthorpe, G. und Ulvestad Kärki, F. (Hrsg.). (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Copenhagen: WHO, Regional Office of Europe.
29. Cooper, C., Selwood, A. und Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and Ageing*, 37(2), 151-160.
30. Saveman, B. I., Aström, S., Bucht, G. und Norberg, A. (1999). Elder abuse in residential settings in Sweden. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 10(1-2), 43-60.
31. Bužgová, R. und Ivanová, K. (2009). Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics*, 16(1), 110-126.
32. Lindbloom, E. J., Brandt, J., Hough, L. D. und Meadows, S. E. (2007). Elder mistreatment in the nursing home: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(9), 610-6.
33. Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L. und Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344, e1717.
34. McHugh, M. D. und Stimpfel, A. W. (2012). Nurse reported quality of care: a measure of hospital quality. *Research in Nursing & Health*, 35(6), 566-75.
35. Flynn, L., Liang, Y., Dickson, G. L. und Aiken, L. H. (2010). Effects of nursing practice environments on quality outcomes in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(12), 2401-2406.
36. Anderson, R. A., Issel, L. M. und McDaniel, R. R., Jr. (2003). Nursing homes as complex adaptive systems: relationship between management practice and resident outcomes. *Nursing Research*, 52(1), 12-21.

37. Anderson, R. A. und McDaniel, R. R., Jr. (1999). RN participation in organizational decision making and improvements in resident outcomes. *Health Care Management Review*, 24(1), 7-16.
38. Forbes-Thompson, S., Leiker, T. und Bleich, M. R. (2007). High-performing and low-performing nursing homes: a view from complexity science. *Health Care Management Review*, 32(4), 341-351.
39. Parsons, S. K., Simmons, W. P., Penn, K. und Furlough, M. (2003). Determinants of satisfaction and turnover among nursing assistants: the results of a statewide survey. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(3), 51-58.
40. Bishop, C. E., Weinberg, D. B., Leutz, W., Dossa, A., Pfefferle, S. G. und Zincavage, M. R. (2008). Nursing assistants' job commitment: effect of nursing home organizational factors and impact on resident well-being. *Gerontologist*, 48, 36-45.
41. Zwarenstein, M., Goldman, J. und Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD000072.
42. Tjia, J., Mazor, K. M., Field, T., Meterko, V., Spenard, A. und Gurwitz, J. H. (2009). Nurse-physician communication in the long-term care setting: perceived barriers and impact on patient safety. *Journal of Patient Safety*, 5(3), 145-152.
43. Zimmer, A. (1999). Arbeitsbelastung und Beanspruchung in der Altenpflege. In Zimmer, A. und Weyerer, S. (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (pp. 155-169). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
44. Künzi, K. und Schär Moser, M. (2002). *Die Arbeitssituation im Pflegebereich im Kanton Bern*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
45. Engels, J. A., van der Gulden, J. W., Senden, T. F. und van't Hof, B. (1996). Work related risk factors for musculoskeletal complaints in the nursing profession: results of a questionnaire survey. *Occupational and Environmental Medicine*, 53(9), 636-41.
46. Schaefer, J. A. und Moos, R. H. (1996). Effects of work stressors and work climate on long-term care staff's job morale and functioning. *Research in Nursing & Health*, 19(1), 63:73.
47. Shinan-Altman, S. und Cohen, M. (2009). Nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes: the effect of work stressors and burnout. *Gerontologist*, 49(5), 674-684.
48. Ejaz, F. K., Noelker, L. S., Menne, H. L. und Bagaka's, J. G. (2008). The impact of stress and support on direct care workers' job satisfaction. *Gerontologist*, 48 Spec No 1, 60-70.
49. Pekkarinen, L., Sinervo, T., Perälä, M. und Elovainio, M. (2004). Work stressors and the quality of life in long-term care units. *Gerontologist*, 44(5), 633-643.
50. Edvardsson, D., Sandman, P. O., Nay, R. und Karlsson, S. (2008). Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care. *International Psychogeriatrics*, 20(4), 764-76.
51. Zúñiga, F., Schwappach, D., De Geest, S. und Schwendimann, R. (2013). Psychometric properties of the Swiss version of the Nursing Home Survey on Patient Safety Culture. *Safety Science*, 55(0), 88-118.
52. Castle, N. G. und Sonon, K. E. (2006). A culture of patient safety in nursing homes. *Quality & Safety in Health Care*, 15(6), 405-408.
53. Hughes, C. M. und Lapane, K. L. (2006). Nurses' and nursing assistants' perceptions of patient safety culture in nursing homes. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(4), 281-6.
54. Wagner, L. M., Capezuti, E. und Rice, J. C. (2009). Nurses' perceptions of safety culture in long-term care settings. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(2), 184-92.
55. Singer, S., Kitch, B. T., Rao, S. R., Bonner, A., Gaudet, J., Bates, D. W., Field, T. S., Gurwitz, J. H., Keohane, C. und Campbell, E. G. (2012). An exploration of safety climate in nursing homes. *J Patient Saf*, 8(3), 104-24.
56. Bonner, A. F., Castle, N. G., Men, A. und Handler, S. M. (2009). Certified nursing assistants' perceptions of nursing home patient safety culture: is there a relationship to clinical outcomes? *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(1), 11-20.



57. Castle, N. G. (2006). Nurse Aides' ratings of the resident safety culture in nursing homes. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(5), 370-6.
58. Castle, N. G., Handler, S., Engberg, J. und Sonon, K. (2007). Nursing home administrators' opinions of the resident safety culture in nursing homes. *Health Care Management Review*, 32(1), 66-76.
59. Scott-Cawiezell, J., Vogelsmeier, A., McKenney, C., Rantz, M., Hicks, L. und Zellmer, D. (2006). Moving from a culture of blame to a culture of safety in the nursing home setting. *Nursing Forum*, 41(3), 133-140.
60. Moyle, W., Skinner, J., Rowe, G. und Gork, C. (2003). Views of job satisfaction and dissatisfaction in Australian long-term care. *Journal of Clinical Nursing*, 12(2), 168-76.
61. Prey, H., Schmid, M., Storni, M. und Mühleisen, S. (2004). *Zur Situation des Personals in der schweizerischen Langzeitpflege*. Zürich: Rüegger.
62. Dembe, A. E., Delbos, R. und Erickson, J. B. (2009). Estimates of injury risks for healthcare personnel working night shifts and long hours. *Quality & Safety in Health Care*, 18(5), 336-340.
63. Thomson, D. (2005). Absenteeism. In McGillis Hall, L. (Hrsg.), *Quality work environments for nurse and patient safety* (pp. 229-255). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
64. Kachi, Y., Inoue, K. und Toyokawa, S. (2010). Associations between contractual status, part-time work, and intent to leave among professional caregivers for older people: Results of a national cross-sectional survey in Japan. *International Journal of Nursing Studies*, 47(8), 1028-1036.
65. Ausserhofer, D., Schubert, M., Engberg, S., Blegen, M., De Geest, S. und Schwendimann, R. (2012). Nurse-reported patient safety climate in Swiss hospitals: a descriptive-explorative substudy of the Swiss RN4CAST study. *Swiss Medical Weekly*, 142, 0.
66. Schubert, M., Clarke, S. P., Aiken, L. H. und De Geest, S. (2012). Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*.
67. Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Aiken, L. H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D. M. und De Geest, S. (2008). Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(4), 227-37.
68. Slettebø, Å., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M. und Nortvedt, P. (2010). Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 533-540.
69. Karsh, B., Booske, B. und Sainfort, F. (2005). Job and organizational determinants of nursing home employee commitment, job satisfaction and intent to turnover. *Ergonomics*, 48(10), 1260-1281.
70. Berger, G. (1999). Die Erfassung der Arbeitssituation im Rahmen einer Qualitätsdiagnose von Alten- und Pflegeheimen. In Zimber, A. und Weyerer, S. (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (pp. 138-152). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
71. Berlowitz, D. R., Young, G. J., Hickey, E. C., Saliba, D., Mittman, B. S., Czarnowski, E., Simon, B., Anderson, J. J., Ash, A. S., Rubenstein, L. V. und Moskowitz, M. A. (2003). Quality improvement implementation in the nursing home. *Health Services Research*, 38(1 Pt 1), 65-83.
72. Castle, N. G., Degenholtz, H. und Rosen, J. (2006). Determinants of staff job satisfaction of caregivers in two nursing homes in Pennsylvania. *BMC Health Services Research*, 6, 60.
73. Mathieu, J. E. und Zajac, D. M. (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. *Psychological bulletin*, 108(2), 171.
74. Meyer, J. P., Stanley, D. J., Herscovitch, L. und Topolnytsky, L. (2002). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: a meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *Journal of Vocational Behavior*, 61(1), 20-52.

75. Cooper-Hakim, A. und Viswesvaran, C. (2005). The construct of work commitment: testing an integrative framework. *Psychological Bulletin*, 131(2), 241-59.
76. Jenull, B., Brunner, E., Ofner, M. und Mayr, M. (2008). Burnout und Coping in der stationären Altenpflege. Ein regionaler Vergleich an examinierten Pflegekräften. *Pflege*, 21(1), 16-24.
77. Maslach, C., Schaufeli, W. B. und Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.
78. Van der Schoot, E., Oginska, H., Estryng-Behar, M. und NEXT-Studiengruppe. (2005). Burnout im Pflegeberuf in Europa. In Hasselhorn, H. M., Müller, B. H., Tackenberg, P., Kümmerling, A. und Simon, M. (Hrsg.), *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
79. Natan, M. B., Lowenstein, A. und Eisikovits, Z. (2010). Psycho-social factors affecting elders' maltreatment in long-term care facilities. *International Nursing Review*, 57(1), 113-120.
80. Pillemer, K. und Bachman-Prehn, R. (1991). Helping and hurting. *Research on Aging*, 13(1), 74-95.
81. Hofmann, F. und Michaelis, M. (1999). Körperliche and psychische Erkrankungsrisiken im Altenpflegeberuf. In Zimmer, A. und Weyerer, S. (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (pp. 200-214). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
82. Eidgenössisches Departement des Inneren und Bundesamt für Statistik (2007). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 - Telefonischer und schriftlicher Fragebogen*. Heruntergeladen am 25. September 2011 von [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen\\_quellen/blank/blank/ess/03.Document.118255.pdf](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/ess/03.Document.118255.pdf)
83. Trinkoff, A. M., Johantgen, M., Muntaner, C. und Le, R. (2005). Staffing and worker injury in nursing homes. *American Journal of Public Health*, 95(7), 1220-1225.
84. Kinjerski, V. und Skrypnek, B. J. (2008). The promise of spirit at work: increasing job satisfaction and organizational commitment and reducing turnover and absenteeism in long-term care. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(10), 17-25.
85. Lavoie-Tremblay, M., Bourbonnais, R., Viens, C., Vezina, M., Durand, P. J. und Rochette, L. (2005). Improving the psychosocial work environment. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 655-664.
86. Allebeck, P. und Mastekaasa, A. (2004). Chapter 5. Risk factors for sick leave - general studies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(63 suppl), 49-108.
87. Aronsson, G., Gustafsson, K. und Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(7), 502-509.
88. Letvak, S. und Ruhm, C. J. (2010). The impact of worker health on long term care: implications for nursing managers. *Geriatric Nursing*, 31(3), 165-169.
89. Widera, E., Chang, A. und Chen, H. (2010). Presenteeism: a public health hazard. *Journal of General Internal Medicine*, 25(11), 1244-1247.
90. Elstad, J. I. und Vabø, M. (2008). Job stress, sickness absence and sickness presenteeism in Nordic elderly care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(5), 467-474.
91. Kiss, P., De Meester, M. und Braeckman, L. (2008). Needlestick injuries in nursing homes: the prominent role of insulin pens. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 29(12), 1192-1194.
92. Adams, D. (2012). Needlestick and sharps injuries: practice update. *Nursing Standard*, 26(37), 49-57; quiz 58.
93. Elder, A. und Paterson, C. (2006). Sharps injuries in UK health care: a review of injury rates, viral transmission and potential efficacy of safety devices. *Occupational Medicine*, 56(8), 566-574.

94. Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Spence Laschinger, H. K., North, N. und Stone, P. W. (2006). Nurse turnover: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 237-63.
95. Kash, B. A., Naufal, G. S., Cortes, L. und Johnson, C. E. (2010). Exploring factors associated with turnover among registered nurse (RN) supervisors in nursing homes. *Journal of Applied Gerontology*, 29(1), 107-127.
96. Banaszak-Holl, J. und Hines, M. A. (1996). Factors associated with nursing home staff turnover. *Gerontologist*, 36(4), 512-517.
97. Temple, A., Dobbs, D. und Andel, R. (2009). Exploring correlates of turnover among nursing assistants in the National Nursing Home Survey. *Health Care Management Review*, 34(3), 182-90.
98. Cready, C. M., Yeatts, D. E., Gosdin, M. M. und Potts, H. F. (2008). CNA empowerment: effects on job performance and work attitudes. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(3), 26-35.
99. Bowers, B. J., Esmond, S. und Jacobson, N. (2003). Turnover reinterpreted: CNAs talk about why they leave. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(3), 36-43.
100. Brannon, D., Barry, T., Kemper, P., Schreiner, A. und Vasey, J. (2007). Job perceptions and intent to leave among direct care workers: evidence from the Better Jobs Better Care demonstrations. *Gerontologist*, 47(6), 820-829.
101. Tai, T. W. C., Bame, S. I. und Robinson, C. D. (1998). Review of nursing turnover research, 1977-1996. *Social Science & Medicine*, 47(12), 1905-1924.
102. Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (2002). *Mobbing*. Heruntergeladen am 23.09.2013 von <https://osha.europa.eu/de/publications/factsheets/23>
103. Cassitto, M. G., Fattorini, E., Gilioli, R. und Rengo, C. (Hrsg.). (2003). *Raising awareness of psychological harassment at work*. Milano: World Health Organization.
104. Eurofound. (2012). *Trends in job quality in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
105. Vessey, J. A., Demarco, R. und DiFazio, R. (2010). Bullying, harassment, and horizontal violence in the nursing workforce: the state of the science. *Annual Review of Nursing Research*, 28, 133-57.
106. Kiener, A., Graf, M., Schiffer, J., von Holzen Beusch, E. und Fahrni, M. (2002). *Mobbing und andere psychosoziale Spannungen am Arbeitsplatz in der Schweiz*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft.
107. Gross, J. J. und John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-62.
108. John, O. P. und Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-33.
109. Krieger, R., Pekruhl, U., Lehmann, M. und Graf, M. (2012). 5. *Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2010. Ausgewählte Ergebnisse aus Schweizer Perspektive*. Heruntergeladen am 21.09.2013 von <http://www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/27283.pdf>
110. Zimmerman, S., Williams, C. S., Reed, P. S., Boustani, M., Preisser, J. S., Heck, E. und Sloane, P. D. (2005). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *Gerontologist*, 45(suppl 1), 96-105.
111. Zimmermann-Sloutskis, D., Moreau-Gruet, F. und Zimmermann, E. (2012). *Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution (Obsan Rapport 54)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
112. White, C. (2013). Hospitals and care homes that fail to provide basic care will face prosecution, says UK regulator. *BMJ*, 347.
113. Oh, H., Eom, M. und Kwon, Y. (2004). A study on aggressive behavior among nursing home residents with cognitive impairment. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 34(8), 1451-9.

114. Malmedal, W., Ingebrigtsen, O. und Saveman, B.-I. (2009). Inadequate care in Norwegian nursing homes – as reported by nursing staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 231-242.
115. Kramer, M., Schmalenberg, C. und Maguire, P. (2008). Essentials of a Magnetic work environment. *Nursing*, (January 2008, Career Directory), 23-27.
116. Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176-88.
117. Lake, E. T. (2007). The nursing practice environment: measurement and evidence. *Medical Care Research & Review*, 64(2 Suppl), 104S-22S.
118. Warshawsky, N. E. und Havens, D. S. (2011). Global Use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Nursing Research*, 60(1), 17-31.
119. Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P. R. und Thomas, E. J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6, 44.
120. Lapane, K. L. und Hughes, C. M. (2007). Considering the employee point of view: perceptions of job satisfaction and stress among nursing staff in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(1), 8-13.
121. Akhtar, S. und Lee, J. S. (2002). Confirmatory factor analysis and job burnout correlates of the Health Professions Stress Inventory. *Psychological Reports*, 90(1), 243-50.
122. Wolfgang, A. P. (1988). The Health Professions Stress Inventory. *Psychological Reports*, 62(1), 220-2.
123. Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Schaffert-Witvliet, B. und De Geest, S. (2007). Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. *Nursing Research*, 56(6), 416-24.
124. Felfe, J., Six, B., Schmook, R. und Knorz, C. (2010). Fragebogen zur Erfassung von affektivem, kalkulatorischem und normativem Commitment gegenüber der Organisation, dem Beruf/der Tätigkeit und der Beschäftigungsform (COBB). In Glöckner-Rist, A. (Hrsg.), *Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen. ZIS Version 14.00*. Bonn: GESIS.
125. Maslach, C. und Jackson, S. E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2(2), 99-113.
126. Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Aiken, L. H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D. M., Abraham, I. und De Geest, S. (2009). *RICH Nursing Study*. Basel: Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel. Heruntergeladen am 25. September 2011 von <http://www.sbk-sg.ch/webseiten/1weiterenews/pdf/2005%2002%2011%20RICH%20Studie.pdf>
127. Cammann, C., Fichman, M., Jenkins, D. und Klesh, J. (1979). *The Michigan Organizational Assessment Questionnaire*. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan.
128. Mobley, W., Horner, S. O. und Hollingsworth, A. T. (1978). An evaluation of the precursors of hospital employee turnover. *Journal of Applied Psychology*, 62, 237-240.
129. Einarsen, S., Hoel, H. und Notelaers, G. (2009). Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work & Stress*, 23(1), 24-44.
130. Simons, S. R., Stark, R. B. und DeMarco, R. F. (2011). A new, four-item instrument to measure workplace bullying. *Research in Nursing & Health*, 34(2), 132-140.
131. Abler, B. und Kessler, H. (2009). Emotion Regulation Questionnaire – Eine deutschsprachige Fassung des ERQ von Gross und John. *Diagnostica*, 55(3), 144-152.

## 5. Annexe

A.	Charge en soins.....	52
B.	Impact sur les résidants.....	53
C.	Situations d'agression.....	54
D.	Maltraitance à l'égard des personnes âgées.....	55
E.	Qualité des soins et de l'accompagnement.....	56
F.	Qualité de l'environnement de travail.....	57
G.	Collaboration.....	59
H.	Stress au travail.....	60
I.	Sécurité des résidants – Travail en équipe / Climat de sécurité / Reconnaissance du stress.....	62
J.	Heures supplémentaires.....	64
K.	Rationnement des soins.....	65
L.	Satisfaction au travail / Recommandation de son lieu de travail.....	67
M.	Identification à l'entreprise / à la profession.....	68
N.	Épuisement émotionnel.....	69
O.	Problèmes de santé.....	70
P.	Absentéisme / Présentéisme.....	71
Q.	Blessures par piqûre d'aiguille.....	72
R.	Intention de quitter son travail.....	73
S.	Mobbing.....	74
T.	Régulation émotionnelle.....	75

## A. Charge en soins

Comparaison entre la charge en soins (selon les niveaux d'intensité des soins) dans l'échantillon de l'étude SHURP avec la statistiques des établissements médico-sociaux (SOMED)<sup>3</sup> 2011 selon les régions linguistiques [2]:

Table 12: Comparaison % de résidents par groupes de charge en soins dans SHURP avec % jours de soins par groupes de charge en soins dans SOMED 2011

Charge en soins	SHURP					SOMED 2011				
	Nombre valables n <sup>1</sup> (Rés.)	Tous	Région linguistique			Nombre valables n <sup>2</sup> (jours de soins)	Tous	Région linguistique		
			D	F	I			D	F	I
% Rés. ou % jours de soins en catégories 0 à 3	2'653	26.4%	30.1%	11.6%	14.1%	8'588'385	28.1%	35.3%	6.0%	15.9%
% Rés. ou % jours de soins en catégories 4 à 6	2'707	26.9%	27.6%	24.9%	22.6%	9'467'389	30.9%	33.3%	22.8%	30.9%
% Rés. ou % jours de soins en catégories 7 à 9	3'286	32.7%	32.2%	29.3%	47.5%	7'105'570	23.2%	20.5%	27.2%	47.0%
% Rés. ou % jours de soins en catégories 10 à 12	1'095	10.9%	6.7%	33.8%	8.3%	5'144'510	16.8%	10.0%	42.7%	6.2%
Pas de catégorie attribuée <sup>3</sup>	320	3.2%	3.4%	0.5%	7.1%	284'108	0.9%	0.9%	1.3%	0.0%

<sup>1</sup> Prévalence ponctuelle à la date de saisie des données dans les établissements. n total = 10'061 résidents

<sup>2</sup> Prévalence périodique sur l'ensemble des jours en 2011. n total = 30'589'962 jours de soins. Sont inclus également les 284'108 jours de soins pour lesquels les résidents n'avaient pas été évalués.

<sup>3</sup> Résidents qui au moment de la saisie des données (SHURP) ou pour certains jours de soins (SOMED 2011) n'étaient pas attribués à une catégorie (pas de calcul via RAI/BESA/PLAISIR ou pas encore de catégorie attribuée en raison d'une entrée récente).

Rés.=Résidents

<sup>3</sup> SOMED est une statistique administrative de l'Office fédéral de la statistique qui décrit l'infrastructure et les activités des établissements qui sont en charge des personnes âgées et des personnes handicapées Les établissements concernés doivent transmettre annuellement des informations sur les prestations fournies, les clients accompagnés, le personnel et sur la comptabilité de l'établissement.

**B. Impact sur les résidents**

Table 13: Fréquence (%) des conséquences chez les résidents dans les établissements

Conséquences chez les résidents	n	Fréquence (%)		Variations sur l'ensemble des établissements	
		MOY	ET	Minimum	Maximum
				MOY	MOY
% de résidents ayant un ulcère/ escarre apparu lors de leur séjour au sein de l'établissement <sup>1</sup>	161	1.7	2.3	0.0	11.7
% de résidents ayant un ulcère / escarre apparu avant leur séjour au sein de l'établissement <sup>2</sup>	161	1.1	2.6	0.0	25.8
% de résidents avec des barrières de lits <sup>3</sup>	161	18.5	14.8	0.0	61.5
% de résidents attachés au niveau du corps <sup>3</sup>	161	2.9	5.4	0.0	30.3
% de résidents ayant un siège qui les empêche de se lever <sup>3</sup>	161	3.2	5.4	0.0	38.9
% de résidents sous surveillance électronique <sup>3</sup>	161	8.4	7.2	0.0	36.6
% de résidents ayant chuté <sup>4</sup>	161	13.2	9.7	0.0	67.4
% de résidents ayant une blessure résultant d'une chute <sup>5</sup>	161	2.0	2.3	0.0	14.0
% de résidents ayant une infection des voies urinaires <sup>6</sup>	161	5.1	4.3	0.0	27.7
% de résidents ayant perdu du poids <sup>7</sup>	160	4.5	5.0	0.0	32.3

<sup>1</sup> % de résidents ayant un ulcère / escarre de décubitus advenu au sein de l'établissement : pourcentage de résidents qui, à la date de collecte des données, souffraient d'escarres de décubitus de type II ou plus, ces escarres étant advenus lors de leur séjour au sein de l'établissement.

<sup>2</sup> % de résidents ayant un ulcère / escarre de décubitus (advenu en dehors de l'établissement) : pourcentage de résidents qui, à la date de collecte des données, souffraient d'escarres de décubitus de type II ou plus, ces escarres étant apparus en dehors de leur séjour au sein de l'établissement.

<sup>3</sup> Les mesures de contention auxquelles il est fait référence dans le cadre de la présente enquête sont celles ayant été appliquées pendant au moins 2 jours ou nuits consécutifs au cours des 7 derniers jours :

- % de résidents avec des barrières de lits : pourcentage de résidents dont le lit a été équipé de barrières pour des raisons médicales/de soins et non par la volonté du résident.
- % de résidents attachés au niveau du corps : pourcentage de résidents attachés au niveau du haut ou du bas du corps (par ex. ceinture / sangle abdominale, pectorale, sac de couchage)
- % de résidents ayant un siège qui les empêche de se lever : pourcentage de résidents disposant d'un siège duquel ils ne peuvent pas se lever (par ex. chaise ou chaise roulante avec tablette fixe que le résident ne peut enlever, chaise inclinable en arrière, siège avec assise basse ou encore mobilier mou dans lequel le/la résidentE s'enfoncé)
- % de résidents sous surveillance électronique : pourcentage de résidents se trouvant sous surveillance électronique, afin de contrôler leur liberté de mouvement (par ex. tapis-alarme, alarme lors de la sortie de l'établissement)

<sup>4</sup> % de résidents ayant chuté : pourcentage de résidents qui ont chuté au cours des 30 derniers jours.

<sup>5</sup> % de résidents ayant une blessure résultant d'une chute : pourcentage de résidents qui se sont blessés lors d'une chute au cours des 30 derniers jours

<sup>6</sup> % de résidents avec une infection des voies urinaires : pourcentage de résidents ayant présenté une infection des voies urinaires au cours des 30 derniers jours qui a nécessité un traitement antibiotique.

<sup>7</sup> % de résidents ayant perdu du poids : pourcentage de résidents qui ont perdu 5% ou plus de poids durant les 3 derniers mois

**C. Situations d’agression**

Table 14: Fréquence des situations d’agression

Items du questionnaire	Total sur l’ensemble du personnel de soins et d’accompagnement (n=5323)		Marge de dispersion des réponses favorables par établissement (n=163)	
	Nombre valable n	% d’approbation	Min.	Max.
Au cours de vos 4 dernières semaines de travail combien de fois les résidents ont-ils eu l’un des comportements suivants avec vous ou avec l’un des autres résidents ?				
83a. Agressivité verbale contre vous ?	5290	23.3%	0.0%	67.3%
83b. Agressivité verbale contre d’autres résidents ?	5213	31.8%	0.0%	77.8%
84a. Agressivité physique contre vous ?	5279	10.3%	0.0%	44.8%
84b. Agressivité physique contre d’autres résidents ?	5195	7.2%	0.0%	68.8%
85a. Agressivité sexuelle contre vous ?	5280	2.4%	0.0%	20.0%
85b. Agressivité sexuelle contre d’autres résidents ?	5216	1.6%	0.0%	26.7%

Source des éléments : Les questions ont été élaborées par l’équipe SHURP sur la base du questionnaire de l’étude RN4Cast et du Ryden’s Aggression Scale [113].

Réponses possibles aux questions posées : Jamais Moins d’une fois par semaine Environ une fois par semaine Plusieurs fois par semaine Chaque jour Plusieurs fois par jour

Calcul du taux d’approbation : Fréquence des réponses « Plusieurs fois par semaine », « Chaque jour » et « Plusieurs fois par jour » par rapport à toutes les autres réponses valables.



**D. Maltraitance à l'égard des personnes âgées**

Table 15: Maltraitance à l'égard des personnes âgées

Items dans le questionnaire	Total sur l'ensemble du personnel de soins et d'accompagnement (n=5323)		Marge de dispersion des réponses favorables par établissement (n=163)	
	Nombre valable n	% d'approbation	Min.	Max.
Combien de fois avez-vous observé un(e) collègue...				
86. gronder un(e) résidant(e) / crier sur un(e) résidant(e)	5282	9.1%	0.0%	55.6%
87. parler de manière irrespectueuse à un(e) résidant(e)	5277	12.4%	0.0%	44.4%
88. se moquer d'un(e) résidant(e) devant les autres	5269	7.6%	0.0%	33.3%
89. faire attendre plus longtemps que nécessaire un(e) résidant avant de lui faire les soins	5257	6.9%	0.0%	37.5%
90. pousser, taper un(e) résidant(e) ou lui donner des coups de pieds	5283	0.3%	0.0%	5.3%

Source des éléments : Les questions ont été formulées par l'équipe SHURP sur le modèle du questionnaire élaboré par Malmedal [114].

Réponses possibles aux questions posées : Jamais      Une fois par mois ou moins      Une fois par semaine ou moins      Plus d'une fois par semaine

Calcul du taux d'approbation : Fréquence des réponses « Une fois par semaine ou moins » et « Plus d'une fois par semaine » par rapport à toutes les autres réponses valables.

## E. Qualité des soins et de l'accompagnement

Table 16: Qualité des soins et de l'accompagnement

Items dans le questionnaire	Total sur l'ensemble du personnel de soins et d'accompagnement (n=5323)		Marge de dispersion des réponses favorables par établissement (n=163)	
	Nombre valable n	% d'approbation	Min.	Max.
80. D'une manière générale, comment décrivez-vous la qualité des soins prodigués et l'accompagnement dans votre unité de soins ? (Plutôt/ Très bonne)	5289	93.5%	56.7%	100.0%
81. Par rapport à l'année écoulée, vous estimez que la qualité des soins dans votre unité de soins s'est...? (Améliorée / Restée la même)	4541	88.1%	21.4%	100.0%
82. Recommanderiez-vous votre institution à un membre de votre famille ou à un de vos amis s'il avait besoin d'une place dans un EMS ? (Probablement oui/ Oui, sûrement)	5285	83.0%	25.0%	100.0%

Source des éléments : Satisfaction en termes de qualité des soins et d'accompagnement, recommandation de son lieu de travail, évolution de la qualité des soins/de l'accompagnement : issus du questionnaire de l'étude RN4Cast ; formulation adaptée aux EMS.

Réponses possibles aux questions posées concernant la qualité des soins et de l'accompagnement : Très mauvaise Plutôt mauvaise Plutôt bonne Très bonne

Réponses possibles aux questions posées concernant l'évolution de la qualité des soins : Détériorée Restée la même Améliorée Je n'ai pas encore une année de service

Réponses possibles aux questions posées concernant la recommandation de son lieu de travail à des résidents éventuels : Certainement pas Probablement pas Probablement oui Oui, sûrement

Calcul du taux d'approbation : Fréquence des réponses « Plutôt bonne » et « Très bonne » / « Restée la même » et « Améliorée » / « Probablement oui » et « Oui, sûrement » par rapport à toutes les autres réponses valables. A la question 81, les réponses « Je n'ai pas encore une année de service » sont traitées comme des réponses manquantes.

## F. Qualité de l'environnement de travail

Pour la question de l'environnement de travail différents thèmes ont été réunis dont la qualité contribue à assurer des soins de qualité aux résidents et permet à l'établissement de garder un personnel professionnel compétent. La qualité de l'environnement de travail a été étudiée en lien avec les « hôpitaux magnétiques ». Les aspects suivants sont typiques à cet égard [115]: possibilités de formation continue, travailler avec d'autres professionnels compétents, bonne collaboration avec le service médical, autonomie dans le travail, participation à des décisions importantes de soins, soutien par la hiérarchie des soins, ressources en personnel suffisantes et une culture qui se préoccupe des résidents. Pour ce faire les aspects de direction, de participation incluant les possibilités de formation continue, les ressources et l'autonomie ont été vérifiés dans le questionnaire.

Table 17: Qualité de l'environnement de travail

Thèmes et items dans le questionnaire	Total sur l'ensemble du personnel de soins et d'accompagnement (n=5323)		Marge de dispersion des réponses favorables par établissement (n=163)	
	Nombre valable n	% d'approbation	Min.	Max.
<b>Direction<sup>1</sup></b>				
1. Le(la) responsable de l'unité/étage/service soutient l'équipe soignante (s'il n'y a qu'une unité, le(a) responsable est l'infirmier(ière) chef(FE).	4477	90.4%	40.9%	100.0%
3. Les supérieurs hiérarchiques utilisent les erreurs des soignants pour apprendre les uns des autres et non comme critiques.	4442	78.8%	0.0%	100.0%
6. La(le) responsable de l'unité est un(e) dirigeant(e) compétent(e).	4470	86.8%	22.7%	100.0%
9. Le travail bien fait est l'objet de félicitations et de reconnaissance.	4490	71.5%	18.8%	100.0%
12. La(le) responsable de l'unité soutient son personnel dans ses prises de décision, même s'il y a un conflit avec les autres professions de la Santé.	4409	83.3%	28.6%	100.0%
<b>Participation</b>				
2. Les soignants ont la possibilité de participer aux prises de décision de l'EMS / concernant l'unité de soins (par ex., concernant les soins des résidents, l'organisation du travail).	5291	87.3%	53.1%	100.0%
7. L'infirmier(ière)-chef(fe) est accessible pour le personnel soignant. <sup>2</sup>	5112	89.9%	33.3%	100.0%
10. Les soignants ont la possibilité d'avancer professionnellement (par ex., au moyen de formation continue, de tâches particulières dans l'équipe / l'EMS).	5302	85.9%	35.7%	100.0%
13. La direction est à l'écoute et répond aux préoccupations de ses employés.	5259	76.6%	28.6%	100.0%
14. Les soignants ont la possibilité de participer à des groupes de travail ou la mise en place de projets concernant les soins.	5246	80.0%	21.4%	100.0%
15. La responsable de l'unité discute des problèmes quotidiens et des procédures avec l'équipe de soins.	5274	87.6%	27.8%	100.0%

<sup>1</sup> Pour ces items concernant la direction (management), les personnes dans une position d'infirmierE-chefFE, de responsable des soins, de responsable d'unité ou de groupe ne sont pas intégrées dans le calcul

<sup>2</sup> Pour ces items concernant la direction (management), les personnes dans une position d'infirmierE-chefFE ne sont pas intégrées dans le calcul

Thèmes et items dans le questionnaire	Total sur l'ensemble du personnel de soins et d'accompagnement (n=5323)		Marge de dispersion des réponses favorables par établissement (n=163)	
	Nombre valable n	% d'approbation	Min.	Max.
<b>Ressources personnelles</b>				
4. Il y a suffisamment de temps et de possibilités pour discuter avec les autres soignants les problèmes de soins rencontrés avec les résidents.	5294	66.6%	16.7%	100.0%
5. La dotation en personnel soignant qualifié est suffisante pour prodiguer des soins de qualité aux résidents.	5283	75.9%	18.8%	100.0%
8. La dotation en personnel soignant dans l'équipe est suffisante pour effectuer le travail requis.	5288	60.9%	12.5%	100.0%
<b>Autonomie</b>				
11. Je peux décider de manière autonome comment effectuer mon travail.	5283	82.1%	48.1%	100.0%

Source des éléments :

Direction / Participation / Ressources personnelles : Version française du document « Practice Environment Scale – Nurse Working Index (PES-NWI) » [116-118]  
 Autonomie : 1 élément issu de la sous-échelle « auto-détermination » du Spreitzer's Psychological Empowerment Scale

Réponses possibles aux questions posées :

Fortement en désaccord      Plutôt en désaccord      Plutôt en accord      Fortement en accord

Calcul du taux d'approbation :

Fréquence des réponses « Plutôt en accord » et « Fortement en accord » par rapport à toutes les autres réponses valables.

## G. Collaboration

Table 18: Collaboration

Items dans le questionnaire	Total sur l'ensemble du personnel de soins et d'accompagnement (n=5323)		Marge de dispersion des réponses favorables par établissement (n=163)	
	Nombre valable n	% d'approbation	Min.	Max.
Sur votre lieu de travail, décrivez la qualité de collaboration que vous vivez avec :				
16a. les collègues de votre unité de soins	5259	96.0%	66.7%	100.0%
16b. la(e) responsable de l'unité <sup>1</sup>	4378	90.9%	43.5%	100.0%
16c. l'infirmier(ière)-chef(fe) <sup>2</sup>	4858	88.7%	44.4%	100.0%
16d. la direction de l'institution	4714	85.3%	36.4%	100.0%
16e. les médecins	4028	88.5%	46.7%	100.0%
16f. l'animateur(trice)	4685	92.4%	55.6%	100.0%
16g. le personnel de nettoyage	5042	94.7%	35.7%	100.0%
16h. le personnel de cuisine	4950	88.6%	45.8%	100.0%

<sup>1</sup> Pour ces items, les personnes dans une position de responsable d'unité ou de groupe ne sont pas intégrées dans le calcul.

<sup>2</sup> Pour ces items, les personnes dans une position d'infirmierE-chefFE ne sont pas intégrées dans le calcul.

Source des éléments : Question issue du Safety Attitude Questionnaire (SAQ) [119], les catégories professionnelles ont été sélectionnées dans le cadre des interviews menées avec le personnel de soins et d'accompagnement.

Réponses possibles aux questions posées : Très mauvaise Plutôt mauvaise Plutôt bonne Très bonne Ne sais pas

Calcul du taux d'approbation : Fréquence des réponses « Plutôt bonne » et « Très bonne » par rapport à toutes les autres réponses valables.

**H. Stress au travail**

Table 19: Stress au travail

Thèmes et items dans le questionnaire	Total sur l'ensemble du personnel de soins et d'accompagnement (n=5323)		Marge de dispersion des réponses favorables par établissement (n=163)	
	Nombre valable n	% d'approbation	Min.	Max.
À quelle fréquence vous sentez-vous stressé(e)...				
<b>Responsabilité des soins concernant les résidents</b>				
105. parce que vous êtes en désaccord avec vos collègues ou d'autres collègues du domaine de la santé (médecins, ergothérapeute, physiothérapeute, etc.) concernant le traitement et les soins des résidents ?	5270	5.8%	0.0%	25.0%
106. parce que vous devez prendre en charge des résidents « difficiles » (par ex., avec des problèmes de comportements) ?	5284	9.6%	0.0%	37.5%
107. À quelle fréquence vous sentiez-vous débordé(e) par les soins des résidents en fin de vie ?	5253	2.5%	0.0%	25.0%
<b>Conflits au travail</b>				
108. parce que vous avez tellement de travail que vous ne pouvez pas tout bien faire ?	5287	15.8%	0.0%	50.0%
109. parce qu'il n'y a pas assez de personnel soignant pour effectuer le travail correctement ?	5277	22.5%	0.0%	65.6%
110. parce que vous êtes en conflit avec votre responsable d'unité / supérieurs hiérarchiques ?	5293	3.5%	0.0%	30.8%
<b>Insécurité au travail</b>				
111. parce que vous n'avez pas les informations appropriées concernant l'état de santé d'un(e) résident(e) (par ex., les informations ne sont pas disponibles ou pas de temps pour les acquérir) ?	5274	6.1%	0.0%	33.3%
112. parce que vous n'êtes pas préparé(e) par votre formation et votre expérience à répondre aux besoins des résidents ?	5267	1.8%	0.0%	14.3%
113. parce que vous avez peur qu'une erreur se produise dans les soins prodigués aux résidents ?	5272	2.7%	0.0%	16.2%

Thèmes et items dans le questionnaire	Total sur l'ensemble du personnel de soins et d'accompagnement (n=5323)		Marge de dispersion des réponses favorables par établissement (n=163)	
	Nombre valable n	% d'approbation	Min.	Max.
À quelle fréquence vous sentez-vous stressé(e)...				
<b>Reconnaissance du travail</b>				
114. parce que personne ne vous demande votre avis lorsque des décisions sont prises concernant votre travail ?	5257	4.3%	0.0%	31.3%
115. parce que vous n'êtes pas assez payé(e) ?	5244	14.7%	0.0%	50.0%
116. parce que vous ne pouvez pas utiliser toutes vos compétences dans votre travail ?	5274	9.2%	0.0%	40.6%

Source des éléments : Health Professions Stress Inventory (HPSI) [120-122]: une sélection de 3 éléments pour chacune des 4 sous-échelles que sont la responsabilité à l'égard des résidents, les conflits au travail, l'insécurité au travail, la reconnaissance du travail.

Réponses possibles aux questions posées : Jamais      Rarement      Quelques fois      Souvent      Très fréquemment

Calcul du taux d'approbation : Fréquence des réponses « Souvent » et « Très fréquemment » par rapport à toutes les autres réponses valables.

## I. Sécurité des résidents – Travail en équipe / Climat de sécurité / Reconnaissance du stress

Table 20: Sécurité des résidents – Travail en équipe / Climat de sécurité / Reconnaissance du stress

Thèmes et items dans le questionnaire	Total sur l'ensemble du personnel de soins et d'accompagnement (n=5323)		Marge de dispersion des réponses favorables par établissement (n=163)	
	Nombre valable	% d'approbation	Min.	Max.
<b>Travail en équipe</b>				
41. Dans cette unité de soins, les propositions et les idées sont bien accueillies (par ex., concernant l'organisation du travail, la réalisation des soins).	5247	80.4%	33.3%	100.0%
42. Dans cette unité de soins, il est difficile d'aborder un problème concernant les soins prodigués aux résidents. <sup>1</sup>	5227	18.3%	0.0%	50.0%
43. Dans cette unité, 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 résidents).	5231	73.5%	30.8%	100.0%
44. J'obtiens le soutien nécessaire de la part de mes collègues pour soigner les résidents.	5275	87.9%	37.5%	100.0%
45. Les soignants de cette unité peuvent facilement poser des questions lorsqu'ils ne comprennent pas quelque chose.	5254	87.8%	48.1%	100.0%
46. Dans cette unité de soins, les différents professionnels de la santé travaillent ensemble en tant qu'équipe bien coordonnée.	5229	75.5%	25.0%	100.0%
<b>Climat de sécurité</b>				
47. Si j'étais résident(e) dans cette unité, je me sentirais soigné(e) et accompagné(e) de manière sûre.	5201	74.0%	28.1%	100.0%
48. Dans cette unité, les erreurs sont traitées de manière appropriée.	5145	73.1%	22.2%	100.0%
49. Je sais comment je dois agir pour aborder les questions concernant la sécurité des résidents dans cette unité de soins (par ex., protéger les résidents contre des erreurs de médication, des chutes, des inflammations).	5199	89.7%	62.5%	100.0%
50. Je reçois des feedbacks (retours) appropriés concernant mon travail.	5226	66.2%	29.6%	100.0%
51. Dans cette unité, il est difficile de parler des erreurs. <sup>1</sup>	5212	19.1%	0.0%	59.5%
52. Je suis encouragé(e) par mes collègues à rapporter si j'observe ou constate qu'un(e) résident(e) peut éventuellement être en danger.	5164	77.4%	38.9%	100.0%
53. L'esprit d'équipe de cette unité de soins permet aisément d'apprendre à partir des erreurs commises par les autres.	5153	66.1%	12.5%	100.0%



Thèmes et items dans le questionnaire	Total sur l'ensemble du personnel de soins et d'accompagnement (n=5323)		Marge de dispersion des réponses favorables par établissement (n=163)	
	Nombre valable	% d'approbation	Min.	Max.
<b>Reconnaissance du stress</b>				
54. Lorsque je suis en surcharge de travail, mes performances sont affectées.	5205	57.4%	22.2%	100.0%
55. Je suis moins efficace au travail lorsque je suis fatigué(e).	5221	60.6%	25.0%	100.0%
56. Je fais plus facilement des erreurs dans des situations de tension et d'hostilité.	5218	51.4%	20.0%	88.5%
57. Dans des situations d'urgence, la fatigue affecte mes performances.	5106	38.8%	0.0%	75.0%

<sup>1</sup> Déclaration formulée négativement : plus cette valeur est faible, meilleur est le résultat

Source des éléments : Safety Attitude Questionnaire (SAQ) [119]

Réponses possibles aux questions posées : Fortement en désaccord    Plutôt en désaccord    Neutre    Plutôt en accord    Fortement en accord    Ne sais pas

Calcul du taux d'approbation : Fréquence des réponses « Plutôt en accord » et « Fortement en accord » par rapport à toutes les autres réponses valables. Les réponses sous « Ne sait pas » sont traitées comme manquantes.

**J. Heures supplémentaires**

Table 21: Heures supplémentaires

Items dans le questionnaire	Total sur l'ensemble du personnel de soins et d'accompagnement (n=5323)		Marge de dispersion des réponses favorables par établissement (n=163)	
	Nombre valable n	% d'approbation	Min.	Max.
38a. Lors de votre dernier horaire de travail, avez-vous effectué plus de 30 minutes supplémentaires ?	5286	14.3%	0.0%	46.7%
38b. Combien de fois devez-vous effectuer plus de 30 minutes supplémentaires sur votre horaire de travail ?	5265			
– Presqu'à chaque horaire de travail		3.1%	0.0%	33.3%
– Environ tous les 2 à 7 jours de travail		25.1%	0.0%	80.0%
– Rarement		71.8%	20.0%	100.0%

Source des éléments :

Question de l'étude RN4Cast et complément par l'équipe SHURP

Réponses possibles aux questions posées :

38a : Oui Non  
 38b : Presqu'à chaque horaire de travail Environ tous les 2 à 4 jours de travail Environ tous les 5 à 7 jours de travail Rarement

Source des éléments :

38a : Réponses sous « Oui » en comparaison de toutes les réponses valables  
 38b : voir Tableau

**K. Rationnement des soins**

Les questions posées sur le thème du rationnement des soins sont associées aux soins nécessaires et utiles ou aux thérapies qui, par exemple, en raison d'un manque de temps ou une surcharge de travail n'ont pu ou n'ont pas pu correctement être conduits.

Table 22: Rationnement des soins

Thèmes et items dans le questionnaire	Total sur l'ensemble du personnel de soins et d'accompagnement (n=5323)		Marge de dispersion des réponses favorables par établissement (n=163)	
	Nombre valable n	% d'approbation	Min.	Max.
<b>Durant vos 7 derniers jours de travail, à quelle fréquence est-il arrivé que...</b>				
<b>Soutien dans les activités de la vie quotidienne :</b>				
61. Vous n'avez pas pu réaliser intégralement la toilette complète ou partielle et /ou les soins de peau aux résidents ?	5194	14.2%	0.0%	66.7%
62. Vous n'avez pas pu réaliser l'hygiène buccale ou dentaire aux résidents ?	5188	12.7%	0.0%	66.7%
63. Vous n'avez pas pu aider des résidents dépendants à manger ?	5194	5.6%	0.0%	33.3%
64. Vous n'avez pas pu aider des résidents dépendants à boire ?	5223	6.1%	0.0%	28.1%
65. Vous n'avez pas pu mobiliser des résidents dont la mobilité était réduite ou inexistante ou changer leur position ?	5214	7.7%	0.0%	37.5%
66. Vous avez laissé des résidents plus de 30 minutes dans leurs urine ou leurs selles ?	5211	6.1%	0.0%	30.0%
<b>Entretien – Accompagnement – Aide :</b>				
67. Vous n'avez pas pu offrir un soutien émotionnel aux résidents, (par ex., en rapport avec l'insécurité et la peur, un sentiment de dépendance) ?	5219	21.9%	0.0%	52.2%
68. Vous n'avez pas pu avoir un entretien avec des résidents ou des proches ?	5197	16.9%	0.0%	54.5%
<b>Encouragement – Instructions :</b>				
69. Vous n'avez pas pu assurer la rééducation de la continence des résidents (gestion de la continence) et qu'ils aient mouillé leur protection ?	5194	14.8%	0.0%	54.5%
70. Vous n'avez pas pu réaliser des soins qui favorisent l'autonomie des résidents (par ex., entraînement à la marche, se laver, s'habiller sans aide de la part du soignant) ?	5186	24.4%	0.0%	58.8%
<b>Surveillance – Sécurité :</b>				
71. Vous n'avez pas pu surveiller les résidents, aussi souvent que cela aurait été nécessaire selon vous (par ex., résidents qui déambulent ou en fin de vie) ?	5214	18.7%	0.0%	53.6%
72. Vous n'avez pas pu observer des résidents confus suffisamment, et par conséquent des mesures de contrainte ont été appliquées et / ou un sédatif a été donné ?	5151	19.0%	0.0%	59.4%
73. Vous avez dû faire attendre plus de 5 minutes	5231	33.8%	0.0%	83.3%

Thèmes et items dans le questionnaire	Total sur l'ensemble du personnel de soins et d'accompagnement (n=5323)		Marge de dispersion des réponses favorables par établissement (n=163)	
	Nombre valable n	% d'approbation	Min.	Max.
<b>Durant vos 7 derniers jours de travail, à quelle fréquence est-il arrivé que...</b>				
un(e) résidant(e) qui avait sonné ?				
<b>Documentation :</b>				
74. Vous n'avez pas eu suffisamment de temps pour étudier le dossier de soins du résidant concernant sa situation au début de votre horaire de travail ?	5207	35.4%	0.0%	72.2%
75. Vous n'avez pas pu réaliser ou actualiser un plan de soins pour les résidants ?	4041	32.1%	0.0%	61.9%
76. Vous n'avez pas pu suffisamment documenter les soins effectués aux résidants ?	5169	31.3%	0.0%	70.6%
<b>Activités socioculturelles :</b>				
<b>Combien de fois au cours du dernier mois pendant votre travail vous est-il arrivé que...</b>				
77. Vous n'avez pas pu effectuer une activité planifiée avec un(e) résidant(e) (par ex., se promener, l'accompagner pour faire des achats) ?	5105	29.2%	0.0%	72.2%
78. Vous n'avez pas pu effectuer des activités planifiées en groupe avec plusieurs résidants (par ex., cuisiner ensemble, faire une excursion) ?	4961	16.6%	0.0%	61.1%
79. Vous n'avez pas pu effectuer une activité culturelle avec les résidants, ce qui leur aurait permis d'avoir un contact avec le monde extérieur de l'EMS (par ex., visite de la ville, animation avec des enfants) ?	4910	15.9%	0.0%	55.6%

Source des éléments : Basel Extent of Rationing of Care (Bernca) [123] complété de 3 éléments personnels relatifs aux activités socioculturelles

Réponses possibles aux questions posées : Tâche pas nécessaire    Jamais    Rarement    Parfois    Souvent    Pas dans mon cahier des charges (uniquement pour la question 75)

Calcul du taux d'approbation : Fréquence des réponses « Parfois » et « Souvent » par rapport à toutes les autres réponses valables, incluant l'option « Tâche pas nécessaire ». Le choix de l'option « Pas dans mon cahier des charges » a été comptabilisé dans les réponses manquantes ou invalides.

**L. Satisfaction au travail / Recommandation de son lieu de travail**

Table 23: Satisfaction au travail / Recommandation de son lieu de travail

Items dans le questionnaire	Total sur l'ensemble du personnel de soins et d'accompagnement (n=5323)		Marge de dispersion des réponses favorables par établissement (n=163)	
	Nombre valable n	% d'approbation	Min.	Max.
17. Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à votre place de travail ? (Plutôt/ Très satisfait(e))	5286	88.3%	55.6%	100.0%
18. Recommanderiez-vous votre institution à un(e) collègue soignant(e) comme un bon lieu de travail ? (Probablement oui/ Oui, sûrement)	5286	87.0%	44.4%	100.0%

Source des éléments :

Satisfaction au travail : formulation propre.  
 Recommandation de son lieu de travail : issu du questionnaire de l'étude RN4Cast ; formulation adaptée aux EMS.

Réponses possibles aux questions posées concernant la satisfaction au travail :

Très insatisfait(e)      Plutôt insatisfait(e)      Plutôt satisfait(e)      Très satisfait(e)

Réponses possibles aux questions posées concernant la recommandation de son lieu de travail à des collègues :

Certainement pas      Probablement pas      Probablement oui      Oui, sûrement

Calcul du taux d'approbation :

« Plutôt satisfait(e) » et « Très satisfait(e) » / « Probablement oui » et « Oui, sûrement » par rapport à toutes les autres réponses valables.

**M. Identification à l'entreprise / à la profession**

Table 24: Identification à l'entreprise / à la profession

Thèmes et items dans le questionnaire	Total sur l'ensemble du personnel de soins et d'accompagnement (n=5323)		Marge de dispersion des réponses favorables par établissement (n=163)	
	Nombre valable n	% d'approbation	Min.	Max.
<b>Identification à l'entreprise</b>				
19. Je serais très heureuse de pouvoir continuer à travailler dans cette institution au cours des prochaines années.	5300	71.0%	18.8%	100.0%
20. Je ressens un fort sentiment d'appartenance à cette institution.	5302	68.3%	22.2%	100.0%
21. Je ne me sens pas très lié(e) émotionnellement à cette institution. <sup>1</sup>	5257	14.9%	0.0%	46.7%
22. Je suis fier(ère) de travailler dans cette institution.	5304	62.9%	12.5%	100.0%
23. Je pense que mes valeurs concernant des bons soins et un bon accompagnement correspondent à celles de l'institution.	5289	75.4%	31.3%	100.0%
<b>Identification à la profession</b>				
24. Mes activités professionnelles actuelles me font plaisir.	5313	86.9%	41.7%	100.0%
25. Il est très important pour moi, d'exercer ce métier.	5309	86.6%	50.0%	100.0%
26. Mes activités professionnelles actuelles me conviennent bien.	5313	88.7%	50.0%	100.0%

<sup>1</sup> Question formulée négativement : plus cette valeur est faible, meilleur est le résultat

Source des éléments :	Deux sous-échelles issues du questionnaire relatif à la détermination de l'identification affective, calculée et normative vis-à-vis de l'organisation, la profession/l'activité et la forme de travail (COBB) (identification affective vis-à-vis de l'organisation et de la profession) [124]				
Réponses possibles aux questions posées :	Fortement en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Fortement en accord
Calcul du taux d'approbation :	Fréquence des réponses « Plutôt en accord » et « Fortement en accord » par rapport à toutes les autres réponses valables.				

**N. Épuisement émotionnel**

Table 25: Épuisement émotionnel

Items dans le questionnaire	Total sur l'ensemble du personnel de soins et d'accompagnement (n=5323)		Marge de dispersion des réponses favorables par établissement (n=163)	
	Nombre valable n	% d'approbation	Min.	Max.
127. Je me sens émotionnellement épuisé(e) par mon travail. <sup>1</sup>	5246	23.7%	0.0%	59.4%
128. Je me sens épuisé(e) à la fin de ma journée de travail. <sup>1</sup>	5245	37.7%	0.0%	71.8%
129. Je me sens fatigué(e) quand je me lève le matin et que je dois faire face à une autre journée de travail. <sup>1</sup>	5240	19.3%	0.0%	50.0%
130. Je peux facilement comprendre comment mes résidents ressentent les choses.	5127	85.0%	60.0%	100.0%
131. J'ai l'impression que je soigne des résidents comme s'ils étaient des objets et non des personnes. <sup>1</sup>	5241	7.1%	0.0%	40.0%
132. Travailler avec des personnes toute la journée est vraiment une contrainte pour moi. <sup>1</sup>	5246	5.7%	0.0%	24.1%
133. Je gère les problèmes de mes résidents d'une manière efficace.	5201	89.3%	66.7%	100.0%

<sup>1</sup> Déclaration formulée négativement : plus cette valeur est faible, meilleur est le résultat

Source des éléments :

Éléments issus du test de Maslach Burnout Inventory (MBI) [125]

Réponses possibles aux questions posées :

Jamais    Quelques fois par année au moins    Une fois par mois ou moins    Plusieurs fois par mois    Une fois par semaine    Plusieurs fois par semaine    Chaque jour

Calcul du taux d'approbation :

Fréquence des réponses « Une fois par semaine », « Plusieurs fois par semaine » et « Chaque jour » par rapport à toutes les autres réponses valables.

## O. Problèmes de santé

Table 26: Problèmes de santé

Items dans le questionnaire	Total sur l'ensemble du personnel de soins et d'accompagnement (n=5323)		Marge de dispersion des réponses favorables par établissement (n=163)	
	Nombre valable n	% d'approbation	Min.	Max.
Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous souffert des troubles suivants :				
98. Des symptômes allergiques liés au travail (par ex., éruptions cutanées ou asthme) ?	5291	9.3%	0.0%	50.0%
99. Mal au dos / reins ?	5276	70.9%	31.3%	100.0%
100. Un sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude, manque d'énergie ?	5263	66.0%	27.3%	100.0%
101. Des difficultés à vous endormir, ou des insomnies ?	5260	48.1%	12.5%	100.0%
102. Des maux de tête/pression dans la tête ou autres douleurs du visage ?	5235	45.5%	0.0%	79.3%
103. Des douleurs dans les membres ou les articulations ?	5266	50.9%	18.8%	83.3%
Lien entre les problèmes de santé et le travail :				
104. Veuillez évaluer à quel pourcentage les troubles mentionnés ci-dessus sont en lien avec votre travail (de 40% à 100%)	3969	65.3%	20.0%	100.0%

Source des éléments : Enquête suisse sur la santé (ESS) 2002 et 2007 [82], complétée par deux questions formulées par l'équipe SHURP sur les symptômes allergiques et les problèmes de santé liés au travail.

Réponses possibles aux questions 98-103 : Pas du tout                      Un peu                      Beaucoup

Réponses possibles à la question 104 : À 0%, à 20%, à 40%, à 60%, à 80%, à 100%, « Ne sais pas »

Calcul du taux d'approbation : 98-103 : Fréquence des réponses « Un peu » et « Beaucoup » par rapport à toutes les autres réponses valables.  
104 : Fréquence des réponses de « à 40% » à « à 100% » par rapport à toutes les autres réponses valables. Pour cette question, le n se réfère à toutes les personnes qui ont indiqué la réponse « Un peu » ou « Beaucoup » pour au moins une des questions 99 à 103 relatives aux problèmes de santé. Les personnes ne rencontrant aucun trouble de santé ont été mentionnées à part dans la colonne « Aucun problème de santé ». L'option « Ne sais pas » a été comptabilisée dans la colonne des valeurs manquantes.



**P. Absentéisme / Présentéisme**

Table 27: Absentéisme / Présentéisme

Items dans le questionnaire	Total sur l'ensemble du personnel de soins et d'accompagnement (n=5323)		Marge de dispersion des réponses favorables par établissement (n=163)	
	Nombre valable n	% d'approbation	Min.	Max.
95. Au cours des 4 dernières semaines, combien de jours avez-vous été absent(e) de votre travail pour des raisons de maladie ?	5205			
– 0 jours		85.5%	56.3%	100.0%
– 1 à 2 jours		8.6%	0.0%	33.3%
– 3 jours ou plus		5.9%	0.0%	30.0%
96. Au cours des 4 dernières semaines, pendant combien de jours avez-vous travaillé alors que vous étiez malade et que vous ne vous sentiez pas capable de travailler ?	5178			
– 0 jours		67.5%	27.3%	100.0%
– 1 à 2 jours		15.7%	0.0%	41.5%
– 3 jours ou plus		16.8%	0.0%	54.8%

Source des éléments :

Absentéisme : Enquête suisse sur la santé (ESS) [82]

Présentéisme : Développée par l'équipe SHURP

Réponses possibles aux questions posées :

Nombre de jours

Calcul du taux d'approbation :

Constitution des groupes selon Tableau

**Q. Blessures par piqûre d'aiguille**

Table 28: Blessures par piqûre d'aiguille

Item du questionnaire	Total sur l'ensemble du personnel de soins et d'accompagnement (n=5323)		Marge de dispersion des réponses favorables par établissement (n=163)	
	Nombre valable n	% d'approbation	Min.	Max.
97. Au cours des 6 derniers mois de travail dans cet établissement, vous est-il arrivé de vous blesser avec l'aiguille d'une seringue ou un objet tranchant, qui avait précédemment été utilisé pour un(e) résidant(e) ? (% oui)	5290	2.1%	0.0%	25.0% <sup>1</sup>

<sup>1</sup> La valeur maximum élevée provient d'un établissement avec un total élevé. L'écart des personnes qui se sont blessées avec une aiguille est de 0 à max. 4 personnes.

Source des éléments : RICH-Nursing Studie [126]

Réponses possibles aux questions posées : Oui Non

Calcul du taux d'approbation : Pourcentage de « Oui » en comparaison de l'ensemble des réponses valables

**R. Intention de quitter son travail**

Table 29: Intention de quitter son travail

Items dans le questionnaire	Total sur l'ensemble du personnel de soins et d'accompagnement (n=5323)		Marge de dispersion des réponses favorables par établissement (n=163)	
	Nombre valable n	% d'approbation	Min.	Max.
27. Je pense souvent à quitter mon travail. <sup>1</sup>	5308	12.4%	0.0%	75.0%
28. Je vais probablement chercher un nouveau travail l'année prochaine. <sup>1</sup>	5300	10.7%	0.0%	50.0%
29. En ce moment, je cherche activement un travail dans une autre institution. <sup>1</sup>	5299	6.4%	0.0%	33.3%
30. Il est facile pour moi de trouver une autre place de travail.	5280	32.2%	0.0%	62.5%
31. Je pense souvent à quitter mon travail dans le domaine soins aux personnes âgées (par ex., pour évoluer dans un autre domaine en dehors des soins). <sup>1</sup>	5297	12.0%	0.0%	75.0%

<sup>1</sup> Le principe suivant s'applique à toutes les questions : plus la valeur est faible, plus les collaborateurs ont l'intention de rester au sein de l'institution.

Source des éléments :  
 27. / 28. : Michigan Organizational Assessment Questionnaire (MOAQ) [127]  
 29. : Questionnaire relatif aux fluctuations de Mobley, Horner and Hollingsworth [128]  
 30. : Questionnaire RN4Cast  
 31. : Élaboration propre

Réponses possibles aux questions posées :  
 Fortement en désaccord    Plutôt en désaccord    Neutre    Plutôt en accord    Fortement en accord

Calcul du taux d'approbation : Fréquence des réponses « Plutôt en accord » et « Fortement en accord » par rapport à toutes les autres réponses valables.

**S. Mobbing**

Table 30: Mobbing

Items dans le questionnaire	Total sur l'ensemble du personnel de soins et d'accompagnement (n=5323)		Marge de dispersion des réponses favorables par établissement (n=163)	
	Nombre valable n	% d'approbation	Min.	Max.
Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous vécu les expériences suivantes :				
91. Etre exposé(e) par vos supérieurs à une charge de travail plus importante que vos collègues de telle manière que vous ne pouviez pas la gérer ?	5275	4.7%	0.0%	24.0%
92. Etre ignoré(e) ou exclu(e) par les autres (vos collègues/vos supérieurs hiérarchiques) à votre travail ?	5279	2.4%	0.0%	20.0%
93. Etre humilié(e) ou ridiculisé(e) par vos collègues/vos supérieurs hiérarchiques par rapport à votre travail ?	5276	1.9%	0.0%	24.0%
94. Qu'un(e) de vos collègues/vos supérieurs hiérarchiques fasse de la rétention d'information, ce qui a affecté votre performance au travail ?	5267	2.7%	0.0%	16.0%

Source des éléments : Negative Acts Questionnaire – Short Version (NAQ-SV) [129, 130]

Réponses possibles aux questions posées : Jamais De temps à autre Chaque mois Chaque semaine Chaque jour

Calcul du taux d'approbation : Fréquence des réponses « Chaque mois », « Chaque semaine » et « Chaque jour » par rapport à toutes les autres réponses valables.

**T. Régulation émotionnelle**

Table 31: Régulation émotionnelle

Items dans le questionnaire	Total sur l'ensemble du personnel de soins et d'accompagnement (n=5323)			Marge de dispersion de la moyenne par établissement (n=163)	
	Nombre valable n	MOY	ET	Min.	Max.
Suppression (refoulement des émotions), (Items 118, 120, 122, 125)	5214	3.8	1.2	3.0	4.6
Reappraisal (réévaluation des émotions), Items 117, 119, 121, 123, 124, 126)	5115	4.7	1.0	3.8	5.5

Source des éléments : Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) [131]

Réponses possibles aux questions posées (voir ci-dessous): Échelle de 1 à 7 : 1 signifie « Fortement en désaccord » 7 signifie « Fortement en accord »

Calcul du taux d'approbation : Valeur moyenne de l'institution : au cours d'une première étape, la valeur moyenne est calculée par échelle et par personne. Au cours d'une seconde étape, la valeur moyenne est calculée sur la base de toutes les valeurs moyennes obtenues pour l'institution.  
Écart type : écart entre les valeurs moyennes recueillies pour les différentes personnes par rapport à la valeur moyenne de l'institution. Des écarts importants montrent que l'application des stratégies varie fortement d'une personne à l'autre.

**Suppression :**

- 118. Je garde mes émotions pour moi.
- 120. Quand je ressens des émotions positives, je m'efforce de ne pas les exprimer.
- 122. Je contrôle mes émotions en ne les exprimant pas.
- 125. Quand je ressens des émotions négatives, je m'efforce de ne pas les exprimer.

**Reappraisal :**

- 117. Quand je veux ressentir plus d'émotions positives (comme la joie ou la gaieté), je modifie le contenu de mes pensées.
- 119. Quand je veux ressentir moins d'émotions négatives (comme la tristesse ou la colère), je modifie le contenu de mes pensées.
- 121. Quand je suis confronté à une situation stressante, je m'efforce de l'envisager d'une manière qui m'aide à rester calme.
- 123. Quand je veux ressentir plus d'émotions positives, je change ma façon d'envisager la situation dans laquelle je me trouve.
- 124. Je contrôle mes émotions en changeant ma façon d'envisager la situation dans laquelle je me trouve.
- 126. Quand je veux ressentir moins d'émotions négatives, je change ma façon d'envisager la situation dans laquelle je me trouve.

Institut für Pflegewissenschaft  
Institute of Nursing Science

**UNIVERSITÄT BASEL**



**Institut für Pflegewissenschaft**

Bernoullistrasse 28  
CH-4056 Basel

T +41 (0)61 267 09 13 (numéro direct SHURP)

F +41 (0)61 267 09 55

[www.nursing.unibas.ch](http://www.nursing.unibas.ch)  
[nursing@unibas.ch](mailto:nursing@unibas.ch)