

Édition 1 | 2019

2009 – 2019

La Revue spécialisée a 10 ans
Retour sur quelques projets

CURAVIVA

Revue spécialisée Curaviva

Association des homes et institutions sociales suisses



Suisse romande – Suisse allemande

Cultures et politiques dans les soins de longue durée

GESTION PROFESSIONNELLE D'ASSURANCES



Institutions

- Analyse du portefeuille d'assurance existant
- Développement d'une politique d'assurance et de risque
- Etablissement des documents d'offres
- Négociation des contrats
- Gestion des affaires courantes
- Soutien en cas de dommage

Collaborateurs

- Élaboration de contrats-cadres présentant des rabais intéressants pour les associations
- Établissement d'offre par internet
- Soutien en cas de sinistre (bureau de médiation, de A à Z)

CURAVIVA.CH

SERVICE D'ASSURANCES

Association des homes et institutions sociales suisses
Zieglerstrasse, Case postale 1003
CH-3000 Berne 14
Téléphone 031 385 33 67
o.reding@curaviva.ch, www.curaviva.ch

Notre partenaire



Alain Bornand
Rue des Vignerons 1a, Case postale 914
1110 Morges 1
Tél. 021 802 54 10, Fax 021 802 54 11
a.bornand@proconseilssolutions.ch

«Les différences ne sont pas insurmontables; elles sont bénéfiques si on sait en tirer parti.»



Anne-Marie Nicole

Rédactrice

Editorial

Il y a 10 ans, en mars 2009, paraissait la première édition en langue française de la «Fachzeitschrift Curaviva», la Revue spécialisée Curaviva. Les associations cantonales romandes d'EMS avaient alors rejoint la faïtière nationale des homes et institutions sociales depuis un peu plus de deux ans, et la volonté était de créer un support d'information favorisant la mise en lien des responsables, des professionnels et des acteurs des soins de longue durée en Suisse romande. L'ambition était – et est toujours – de rendre compte de l'actualité du secteur et d'analyser les tendances en matière de politique, de recherche, de pratiques professionnelles ou encore de management.

Si la nouvelle version francophone a adopté la même ligne graphique, il n'était pas question de se limiter à une simple traduction intégrale du contenu de sa grande sœur allemande. Il paraissait en effet important que cette revue soit le reflet des deux, et même des trois régions linguistiques du pays et que les lecteurs romands puissent aussi s'identifier ou se reconnaître dans les divers reportages, interviews et articles réalisés en terrain francophone. Les rédactions allemande et romande ont alors choisi de privilégier les échanges rédactionnels – aussi parce que leurs ressources respectives ne sont pas illimitées! – et de traiter des mêmes dossiers, avec parfois des points de vues différents.

Ces différences dont il est question dans le dossier de cette première édition 2019 ont aussi parfois surpris l'équipe de rédaction, donnant lieu à des malentendus, voire à des incompréhensions réciproques sur des choix de sujets, sur des priorités divergentes de part et d'autre de la Sarine ou sur des sensibilités et approches propres à chacune des régions linguistiques. «Les différences ne sont pas insurmontables; elles sont bénéfiques si on sait en tirer parti», affirme Luc Dapples dans l'interview qu'il nous a accordée, et qui travaille au quotidien dans un environnement bilingue (page 6). Formulé dif-

féremment, c'est aussi le constat que tirent les secrétaires généraux des associations cantonales d'EMS de Fribourg et du Valais, qui jonglent avec les langues et les cultures (page 10). «Un intérêt et une confiance réciproques permettent de construire une culture et une compréhension communes», estime pour sa part Markus Leser, responsable du Domaine spécialisé personnes âgées de Curaviva Suisse (page 26). Aujourd'hui, comme en 2009, l'intention de la Revue spécialisée Curaviva est de valoriser des initiatives ou des pratiques professionnelles innovantes ou éprouvées, de favoriser le partage et l'échange d'expériences, de savoirs, d'outils et d'informations entre les EMS et leurs professionnels, par-delà les barrières cantonales, voire régionales. C'est dans cet esprit que nous avons choisi, en toute subjectivité, de revenir au fil des pages qui suivent, sur quelques-uns des projets dont nous avons rendu compte au cours de cette dernière décennie, histoire de voir ce qu'ils sont devenus... ●

Photo de couverture: les différences culturelles et politiques entre les régions linguistiques du pays, illustrées ici par les villes de Zurich (©Zürich Tourism) et de Genève (Stephan Hunziker/Keystone).



Modulbau-Provisorium zu verkaufen

- Verfügbar ab März 2020
- Fertigelement-Bauweise, flexibel kombinierbar
- bis 36 Plätze in 30 Einer- und 3 Doppelzimmern mit 18 bzw. 36 m², je mit WC/Lavabo
- separate Duschen, hindernisfrei
- viele Arbeits- und Aufenthaltsräume
- Gasheizung
- Baujahr 2009, Zweitnutzung 2016–Anfang 2020

Stiftung Abendfrieden, Wohnen & Pflege

Tobelstrasse 1, 8280 Kreuzlingen
Tel. 071 678 52 52, www.abendfrieden.ch

Kontakt: Urs Laib, Präsident der Baukommission
u.laib@bluewin.ch, Tel. 071 411 70 12



TUYAUMAX 
Entretenez vos tuyaux


**Nettoyage des canalisations
24h Service
Contrôle caméra
Nettoyage de ventilations
info@tuyaumax.ch**

Contrôle des canalisations + ventilations gratuit

Max vient toujours! 0848 852 856
tuyaumax.ch



© Alan Meier

 **SOS VILLAGES D'ENFANTS**

Grâce à votre don, vous donnez un avenir aux enfants du monde entier:

www.sosvillagesdenfants.ch
CP 30-31935-2



sadies
informatique

**Systeme global
d'information
pour EMS**

Leader en Suisse romande
pour les logiciels de soins
et de gestion des EMS

sadies.ch
+41 21 631 15 90



6



21



27

Sommaire

Suisse romande – Suisse allemande**«Les différences ne sont pas insurmontables»**

6

Luc Dapples est directeur d'un EMS à Bienne, ville qui vit avec deux langues et deux cultures. Il tend à atténuer les différences et les considère plutôt comme une richesse.

Fribourg et Valais, deux cantons bilingues

10

Au-delà de la langue, les différences culturelles existent bel et bien, constatent les associations cantonales d'EMS. Les dépasser demande simplement du temps, du respect et quelques concessions.

Des objectifs identiques, des manières de faire différentes

11

En Suisse allemande, l'organisation des soins de longue durée est du ressort des communes, en Suisse romande elle incombe aux cantons.

L'habitat protégé a le vent en poupe

14

L'habitat protégé se profile comme le modèle d'avenir pour le logement des personnes âgées. Bien implanté en Suisse allemande, le modèle fait de plus en plus d'émules en Suisse romande.

Des filières de formation différentes

17

Entre Suisse allemande et Suisse romande, les filières de formation diffèrent, mais l'objectif des professionnels est le même: le bien-être des résidentes et résidents.

Interdisciplinarité, interprofessionnalité, profil d'équipe...

21

Des modèles de collaboration dessinent le paysage actuel des soins et refondent les équipes. Mais pas partout de la même façon. L'exemple de la Fondation Beau-Site, dans le canton de Vaud

Page blanche à...

26

Markus Leser, responsable du Domaine spécialisé personnes âgées de Curaviva Suisse, se souvient de l'arrivée des associations romandes au sein de la faïtière nationale des EMS.

Cybersanté**L'enjeu de la mutation digitale**

27

La mutation tant numérique qu'organisationnelle place l'entreprise, les collaborateurs et l'encadrement devant de nouvelles responsabilités et de nouveaux rôles.

Impressum

La *Revue spécialisée* CURAVIVA, publiée de manière trimestrielle, s'adresse aux EMS de Suisse romande, à leurs organes dirigeants et à leurs professionnels, aux décideurs et responsables politiques ainsi qu'aux nombreux partenaires du réseau santé-social qui oeuvrent en faveur des personnes âgées. Cette publication a pour objectifs de renforcer les liens au sein et autour du réseau des EMS au niveau romand, de donner une large audience aux actions, projets et initiatives des établissements, de valoriser les compétences et le dynamisme des professionnels, et d'informer les partenaires des préoccupations, activités et enjeux du secteur.

Editeur: CURAVIVA – Association des homes et institutions sociales suisses, 2019, 11^e année.
 Adresse: Siège CURAVIVA SUISSE, Zieglerstrasse 53, 3000 Berne 14, tél. 031 385 33 33, fax 031 385 33.
 Rédaction romande: Anne-Marie Nicole (amn), rédactrice responsable, route du Prieur 65, 1257 Landecy, redaction@curaviva.ch.
 Rédaction alémanique: Elisabeth Seifert (esf), rédactrice en chef, Urs Tremp (ut), Claudia Weiss (cw)
 Correction: Stephan Dumartheray
 Traduction: Sandrine Mehr, Anne-Marie Nicole
 Annonces: Zürichsee Werbe AG, Stäfa, tél. 044 928 56 53, e-mail markus.haas@fachmedien.ch
 Graphisme et impression: AST & FISCHER AG, 3084 Wabern (mise en page Lisa Oppliger)
 Abonnements (non membres): abo@curaviva.ch; CHF 60.– par année, 4 parutions
 Tirage: 1000 exemplaires
 ISSN 1663-6058

Les EMS sont-ils si différents entre Suisse romande et Suisse allemande?

«Nous aimons cultiver nos différences!»

Prend-on soin des personnes âgées dépendantes de la même façon de part et d'autre de la Sarine? Des différences existent, mais elles ne sont pas insurmontables, affirme Luc Dapples, qui a quitté son canton de Neuchâtel pour diriger un établissement du canton de Berne.

Propos recueillis par Anne-Marie Nicole

Qu'est-ce qui a conduit le Romand que vous êtes à reprendre la direction d'un établissement dans le canton de Berne?

Luc Dapples - C'est un peu la suite logique de mon parcours. Par le passé, j'ai occupé le poste de secrétaire général de l'Association neuchâteloise des établissements et maisons pour personnes âgées. À ce titre, j'ai acquis une connaissance fine des EMS et de toute la législation cantonale. Puis j'ai eu envie d'aller voir sur le terrain si ce que nous avions mis en place au niveau de l'association fonctionnait vraiment. Je suis donc devenu directeur d'un établissement. Et lorsque je suis entré au Comité central de Curaviva Suisse, je me suis rendu compte



Depuis mai 2018, **Luc Dapples** est directeur de l'EMS Parc de la Suze (Schüsspark), l'un des quatre homes municipaux de la Ville de Bienne. Auparavant, il dirigeait un établissement dans le canton de Neuchâtel. Il est également membre du Comité central de Curaviva Suisse et s'engage activement dans l'OrTra Santé nationale et l'OrTra Intendance à Neuchâtel.

que je ne connaissais qu'une partie des EMS et qu'il serait intéressant d'aller découvrir l'autre. Il y a eu une opportunité à Bienne.

Bienne, ville bilingue par excellence, à la fois romande et alémanique... Un compromis, en quelque sorte.

Moi-même, je ne suis pas bilingue. Je suis un Romand qui comprend plus ou moins bien l'allemand et qui essaie de le parler. Mais le contexte bilingue m'intéressait, le travail en plusieurs langues m'attirait.

Qu'avez-vous découvert à votre arrivée?

D'abord une fausse croyance: le bilinguisme n'est pas celui qu'on croit. Certes, dans l'EMS du Parc de la Suze, tous les collaborateurs parlent deux langues. Mais 80% d'entre eux parlent une langue nationale, le français ou l'allemand, et une autre langue, le portugais, le serbe, l'italien, l'albanais, etc. En arrivant ici, je m'attendais à pouvoir appliquer la même règle que dans les instances nationales: chacun s'exprime dans sa langue. Or, c'est plus compliqué que ça! Si je parle en français et que celui qui est en face de moi parle l'allemand et une autre langue, il ne me comprendra pas...

«Une fausse croyance: le bilinguisme n'est pas celui qu'on croit!»

Dès lors, comment cela se résout-il au quotidien?

Dans les séances, il faut régulièrement prévoir un temps de traduction. Il ne s'agit pas simplement de traduire les mots, mais aussi d'en expliquer la teneur. Cela prend du temps, les processus sont plus lents, mais c'est très intéressant: cette contrainte linguistique oblige chacun à réfléchir, à dépasser

les mots et à préciser sa pensée. Le fait d'expliquer un mot ou une expression peut aussi faire prendre conscience de certaines incohérences d'un projet ou d'une démarche. Cela implique une grande écoute et une tolérance mutuelle. J'ai également constaté chez les collaborateurs une véritable volonté de comprendre l'autre, non seulement son argumentation mais aussi sa sensibilité. Par ailleurs, tous nos documents internes et externes sont produits dans les deux langues.

Qu'en est-il des résidents?

La situation est un peu la même: sur les 48 résidents, une vingtaine sont de «vrais» Biennois qui commencent une phrase en français et la terminent en allemand ou inversement. Les autres ne parlent qu'une langue nationale mais possèdent par ailleurs une ou deux langues étrangères.

Quelle incidence cette diversité linguistique a-t-elle sur l'organisation du travail?

Il y a dix ans, à l'ouverture du home, la maison se composait d'un étage fermé pour l'accueil de personnes atteintes de troubles cognitifs et de trois étages ouverts, l'un réservé aux résidents francophones, les deux autres aux résidents aléman-

iques. Le temps passant, des chambres se libèrent, de nouveaux résidents arrivent, souvent dans l'urgence, et dont on ne choisit forcément pas la langue. Désormais, on parle toutes les langues à tous les étages! Nous veillons autant que possible à ce que le personnel parle la même langue que les résidents dont il s'occupe.

Ce bilinguisme peut-il être source d'incompréhensions, de malentendus, voire d'erreurs?

Les gens ont l'habitude de vivre dans un contexte bilingue. Ils sont plus tolérants les uns envers les autres et s'assurent toujours de comprendre et d'avoir été compris, surtout s'il est question d'indications concernant des soins ou des actes médicaux. Il peut arriver,

dans les échanges avec des résidents que des collaborateurs ne saisissent pas toujours les demandes, surtout si elles sont exprimées en dialecte!

Prend-on soin des personnes âgées de la même façon de part et d'autre de la Sarine?

Oui et non. Oui, parce que de façon générale nous prenons bien soin des personnes âgées partout en Suisse. Non, parce que les

«De façon générale, nous prenons bien soin des personnes âgées partout en Suisse.»

>>



Bienne, une ville bilingue par excellence, où Luc Dapples dirige l'un des quatre EMS de la ville.

Photo: Tourisme Bienne Seeland | Stefan Weber

politiques cantonales en faveur des personnes âgées ne sont pas les mêmes, ni les populations de résidents. Mais on peut aussi poser la question différemment: prend-on identiquement soin au Val de Travers, où les gens se connaissent depuis l'enfance, et en ville de Neuchâtel où les résidents ne se sont jamais rencontrés auparavant?

Vous évoquez les politiques cantonales. En quoi diffèrent-elles entre Suisse romande et Suisse allemande?

Les cantons romands pratiquent une politique certes sociale et solidaire, mais plus interventionniste de la prise en charge des personnes âgées, avec une priorité fortement marquée en faveur du maintien à domicile. Pour résumer, je dirais qu'en Suisse romande, on prend en charge, tandis qu'en Suisse allemande, on se prend en charge. Ici, on s'attache davantage à l'individualité et à l'autonomie de la personne ainsi qu'à sa dimension citoyenne. Ce qui explique sans doute aussi le développement d'un plus grand nombre de structures intermédiaires.

Comment ces différences se révèlent-elles dans la gestion quotidienne d'un établissement?

Je tiens à préciser que je ne peux juger que de mon point de vue d'ancien directeur d'une institution privée au bénéfice d'un contrat de prestations dans le canton de Neuchâtel, et de directeur actuel d'un EMS municipal du canton de Berne. Premier constat: le canton de Berne pratique une politique moins contraignante et propose un cadre réglementaire et législatif plus souple et plus généraliste qu'à Neuchâtel. Je prends pour exemple le prix de pension: à Neuchâtel, le tarif est différencié, fixé par le canton, selon de multiples critères, tels que la surface de la chambre, l'occupation à un ou deux lits, la vue ou pas de vue, la douche dans la chambre, etc. Dans le canton de Berne, le tarif minimum est de CHF 162.60 par jour, le même pour tous, et couvre un catalogue de prestations minimal. Libre ensuite aux institutions de proposer d'autres prestations qui s'ajoutent en supplément.

**«Les homes
alémaniques peuvent
aussi être des lieux
où on ne fait que
passer.»**

Et les populations de résidents ne sont pas les mêmes non plus, disiez-vous?

À Neuchâtel, je dirigeais une institution dont le niveau de soins moyen se situait en classe 8 de l'outil d'évaluation Plaisir qui en compte 12. Ici, nous arrivons péniblement à 6, avec un tiers des résidents qui se trouvent en classe 1 ou 2, qui vont manger le plat du jour à l'extérieur lorsque celui de l'institution ne les inspire pas et qui gèrent encore eux-mêmes leurs affaires.

Qu'est-ce que cela signifie dans le quotidien de l'institution?

Avec des résidents plus autonomes, jaloux de leur autonomie, qui entretiennent des relations avec l'extérieur, qui ont des activités associatives ou qui s'absentent parfois pour quelques jours, le besoin d'animation est moindre. Pour comparaison, à Neuchâtel, je pouvais compter sur 2,4 postes en animation pour 40 résidents tandis qu'à Bienne, je n'ai qu'un poste pour 48 résidents. On ne connaît pas vraiment le concept de projet de vie ou de projet d'accompagnement. L'animation est avant

tout occupationnelle. Le champ de la gériatrie prend de plus en plus d'importance dans la formation en travail social en Suisse romande. Ce n'est pas le cas en Suisse allemande. Ici, d'ailleurs, on ne connaît pas le profil professionnel d'animateur socio-culturel et nous n'avons quasiment pas d'assistants socio-éducatifs dans le domaine des personnes âgées. Nous avons des spécialistes

en activation, qui interviennent davantage sur les ressources et la motricité des personnes, surtout dans les foyers de jours. Ce sont aussi souvent les bénévoles qui assument les activités d'animation. Au Parc de la Suze, ces activités sociales incombent aux responsables de l'hôtellerie, de la lingerie et de l'intendance.

Quelle est l'image de l'EMS en Suisse allemande?

Comme les personnes entrent plus tôt en EMS avec une plus grande autonomie, le public n'a pas cette même vision du mouvoir qu'en Suisse romande. La terminologie alémanique est peut-être aussi moins stigmatisante qu'en français où les struc-

2009–2019

Retour sur quelques projets et initiatives

La Résidence Beauregard et le rôle social de l'EMS

« Depuis 2012, la Résidence Beauregard, dans le canton de Genève, poursuit une démarche innovante de «rôle social» de l'EMS, qui vise à assurer un suivi médico-social des personnes âgées fragilisées vivant à domicile, dans les quatre communes alentours. Point central de ce rôle social: le portage de repas, qui est prétexte à un moment de socialisation et l'occasion d'évaluer les besoins de la personne. Objectif: préserver son autonomie et son bien-être et créer un relais médico-social de confiance et de proximité. Aujourd'hui, le rôle social de l'EMS se poursuit. Il est souvent cité en exemple et salué par tous. L'activité du portage a passé de 800 repas livrés chaque mois à

fin 2016, à 1700 à fin 2018. Le suivi médico-social s'est formalisé, les prestations se sont beaucoup étoffées et la coordination avec le réseau de soins s'est renforcée. Si la Résidence Beauregard a bénéficié d'une subvention du canton pour les années 2016 et 2017, l'expérience se poursuit actuellement sans fonds publics. Pour la direction de l'EMS, le défi est désormais de trouver des financements et de développer un modèle économique qui permette de pérenniser la démarche. Quelques pistes sont à l'étude. Affaire à suivre... »

Revue spécialisée Curaviva 2/2017 (juin)



2009–2019

Retour sur quelques projets et initiatives

Beelong – Réduire l'impact environnemental des achats alimentaires

« Développé en 2014 par d'anciens étudiants de l'École hôtelière de Lausanne dans le cadre de la stratégie vaudoise d'alimentation durable, l'outil de diagnostic Beelong vise à réduire l'impact de la nourriture sur l'environnement et à améliorer la filière alimentaire dans la restauration collective. Pour ce faire, les auditeurs décortiquent les bulletins de livraison des fournisseurs et la liste des menus des cuisiniers. Ils notent les achats selon cinq critères: la provenance, la saison, le mode de production, le climat et les ressources, et la transformation des produits. Aujourd'hui, Beelong est une start-up qui emploie 4,3 personnes, dont les deux fondateurs. Au total, 115 restaurants de collectivités romands et alémaniques participent au diagnos-

tic Beelong, dont quelque 70 EMS – ils étaient une trentaine en 2016. À ce jour, 65'000 produits ont été évalués auprès de 800 fournisseurs. La petite entreprise Beelong propose aussi des recommandations, des cours, des ateliers et des outils de gestion globale de la cuisine, du budget aux contraintes nutritionnelles. Les participants au diagnostic Beelong ont désormais accès à une application qui mutualise leurs connaissances et expériences. «Il reste encore beaucoup à faire, notamment dans la transparence et la traçabilité des produits», relève l'une des fondatrices Charlotte de La Baume. »

Revue spécialisée Curaviva 1/2016 (mars)



tures d'accueil se réduisent communément à trois grosses lettres: EMS. De plus, l'expression francophone évoque le médical, tandis qu'en allemand il est question de soins. Par ailleurs, en Suisse romande, quand on entre en EMS, c'est dans la grande majorité des cas pour y rester jusqu'au bout de la vie, tandis qu'en Suisse allemande les homes peuvent aussi être des lieux de réhabilitation, où l'on ne fait que passer. Mais d'un côté comme de l'autre, l'image des établissements a besoin d'être soignée en permanence, car il suffit souvent d'un seul incident pour ternir tout le secteur.

Vous êtes membre du Comité central de Curaviva Suisse. Les représentants romands et alémaniques partagent-ils les mêmes préoccupations?

Les priorités du Comité central sont davantage d'ordre stratégique et politique. Il travaille sur des thématiques de politique sociale plus larges qui couvrent l'ensemble des préoccupations nationales. Ces grandes thématiques sont donc communes aux régions et nous nous sentons alors davantage Suisses, que Romands, Tessinois ou Alémaniques. Les différentes visions qu'on peut observer au sein du Comité central tiennent davantage aux perceptions individuelles, aux expériences professionnelles ou à la sensibilité politique de chacun.

Quel rôle l'association faîtière joue-t-elle dans le rapprochement des régions?

L'association faîtière a un rôle essentiel à jouer dans la défense des intérêts et la cohésion du secteur au niveau national. Depuis plusieurs années déjà, elle prend le temps d'entendre et de comprendre les préoccupations des régions et des domaines. Les Romands ont rejoint tardivement l'association. Ce sont un peu les petits frères triblions qui ont donné à la faîtière sa dimension nationale. Dans ce processus, je remarque une sensibilité accrue pour «la vision romande». Ces dernières années, Curaviva a développé deux projets d'envergure nationale: le modèle d'habitat et de soins 2030 et la conception de la qualité de vie. Le plus gros enjeu national à

venir sera sans doute la collaboration accrue avec l'association Aide et soins à domicile Suisse.

Enfin, dans le domaine des personnes âgées, le fossé entre Alémaniques et Romands ne serait pas si grand.

Toutes mes activités et implications au niveau national m'ont fait comprendre que nous ne sommes pas si différents! Et même si: les différences ne sont pas insurmontables; elles sont bénéfiques si on sait en tirer parti. Il suffit parfois d'un peu d'ouverture. Je peux expliquer à une famille le système des prestations complémentaires, que ce soit à Berne ou à Neuchâtel. Les principes de base sont les mêmes. C'est également vrai pour le choix de la fin de vie, les soins palliatifs, les directives anticipées, la prise en soin de la démence... Nous ne sommes pas si différents que ça. Mais nous aimons cultiver nos différences! ●

Annonce



**LES TERRES
SAUVAGES,
MES HÉRITIÈRES.**

wwf.ch/heritage

Des cantons qui jonglent avec les langues et les cultures

«Il faut savoir faire le grand écart!»

Dans les cantons de Fribourg et du Valais, les frontières des langues et des cultures ne sont pas insurmontables. Cela demande simplement du temps, du respect et quelques concessions.

Anne-Marie Nicole

En mai 2017, l'Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées (Afipa) a obtenu le Label du bilinguisme qui atteste un bilinguisme vécu tant au sein de son administration que de son comité et une pratique vivante des deux langues à l'égard de ses membres et de ses partenaires. «La labellisation était une démarche volontaire de notre part pour confirmer que nous étions dans le juste sur les questions du bilinguisme et pour renforcer notre position d'association véritablement bilingue», explique Emmanuel Michielan, secrétaire général de l'Afipa.

L'association cantonale regroupe 55 institutions pour personnes âgées, dont un tiers en terre alémanique. Avec une forte minorité germanophone, l'association se doit d'être toujours très active sur les questions de langue. Elle produit tous ses imprimés et son site internet en français et en allemand et veille à intégrer des représentants des EMS des deux langues dans les groupes de travail internes et dans les représentations et commissions externes. L'association joue un rôle de relais entre les régions, elle est toujours dans la recherche du consensus. «C'est une tâche à part entière. Il faut être souple et savoir faire le grand écart!», reconnaît le secrétaire général.

Car au-delà de la langue, les différences culturelles existent, «des petits choses» certes, mais suffisamment importantes pour constater que les projets de l'association sont accueillis diversement de part et d'autre, tel le projet de développement durable dans lequel s'investissent des EMS francophones mais qui n'a pas encore suscité de vocations du côté germanophone. Ou la démarche Palliative Gériatrie, qui donne lieu à un même certificat pour tous les EMS du canton, mais avec deux lignes de conduite différentes. «Il faut parfois lâcher sur les aspects plus formels», admet Emmanuel Michielan. Dès lors, mieux vaut proposer deux solutions, conduire deux démarches en parallèle plutôt que bloquer l'entier d'un projet. «La question de la langue est prétexte aux clichés réducteurs, mais les différences culturelles tiennent davantage au régionalisme qui caractérise notre canton et à l'existence de districts forts et autonomes dans leur fonctionnement.»

Autre canton bilingue, le Valais, dont la cinquantaine d'EMS couvre un territoire à la géographie changeante, qui alterne entre plaine et montagne. Comme à Fribourg, les homes germanophones du Haut-Valais forment une forte minorité, représentant un bon tiers des membres de l'Association valaisanne des établissements médico-sociaux (Avalems). «Les homes du Haut-Valais et du Bas-Valais n'ont pas les mêmes attentes à l'égard de leur association faitière», constate le secrétaire général, Arnaud Schaller. En effet, les premiers, qui montrent un esprit entrepreneurial plus marqué, verraient volontiers une structure légère – «schlank» – avec des services optionnels, tandis que les seconds souhaiteraient l'étoffer pour développer davantage de concepts et projets communs. D'ailleurs, si l'engagement récent à l'Avalems d'une collaboratrice scientifique «Soins et Qualité» a été salué par les membres francophones de l'association, il a fallu quelques mois pour convaincre leurs collègues alémaniques de son utilité.

En Valais, une différence très concrète révèle peut-être aussi une autre façon d'envisager la prise en soins des personnes âgées entre Romands et Alémaniques: le prix de pension. Dans le Haut-Valais, il est en moyenne de trente francs moins cher par jour que dans le Bas-Valais. Il est vrai que les résidents haut-valaisans sont plus autonomes et continuent de cultiver des relations sociales à l'extérieur. Ils requièrent donc moins de soins et sollicitent moins d'animations institutionnelles. Les homes peuvent également compter sur la présence de villageois bénévoles qui tiennent la cafétéria ou qui animent le quotidien de leurs résidents. «Mais avec l'introduction de la planification médico-sociale cantonale en 2016 et la pression financière actuelle, ces différences tendent à s'estomper», prédit Arnaud Schaller.

Pour le secrétaire général de l'Avalems, comme pour son homologue de l'Afipa, la cohésion et la fédération des membres sont une préoccupation permanente. Il se réjouit de voir les EMS valaisans partager depuis peu un même outil de gestion des soins et un même système de management de la qualité. Les deux assemblées générales annuelles, les conférences des directeurs, celles des responsables des soins, sont autant de lieux d'échange en deux langues et d'occasion de rapprocher les membres. Il n'empêche: Arnaud Schaller reconnaît qu'il est toujours stressé avant une assemblée générale, car les représentants haut-valaisans sont souvent plus virulents dans leurs interventions! ●

La cohésion et la fédération des membres sont une préoccupation permanente.

«La question de la langue est prétexte aux clichés réducteurs.»

En Suisse latine, les cantons ont les rênes bien en main

La stratégie publique mise sur les soins à domicile

Tandis qu'en Suisse allemande les soins de longue durée sont modelés par les communes, la Suisse romande et le Tessin s'appuient sur des stratégies cantonales qui favorisent les soins à domicile et privilégient la collaboration avec les établissements publics.

Elisabeth Seifert

Du point de vue de la Suisse allemande, la Suisse romande et le canton du Tessin se caractérisent par une plus forte régulation étatique que dans les autres régions du pays. De l'avis général, les citoyennes et citoyens marqués par une culture politique française, respectivement italienne, ont tendance à accepter un pilotage de l'État, mais attendent aussi quelque chose en retour: de bonnes prestations sociales, davantage de subventions pour les prestataires qui accomplissent des missions sociales importantes ainsi que des salaires plus élevés pour le personnel du service public. En revanche, l'initiative privée et l'esprit d'entreprise semblent être écrits en lettres minuscules et soumis à certaines conditions. Reste à savoir si cette caractérisation s'applique aussi à l'organisation des soins de longue durée stationnaires et ambulatoires dans la Suisse latine.

Pour l'heure, il n'existe aucune étude qui s'intéresse spécifiquement aux différences entre les régions en matière d'organisation et de financement des soins de longue durée. Plusieurs travaux de recherche portant sur les soins de longue durée dans les cantons donnent quelques éléments d'information: le rapport sur les «Soins de longue durée dans les cantons» de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) publié

en 2016, le monitoring cantonal également publié en 2016 par le think tank libéral Avenir Suisse et intitulé «De nouvelles mesures pour les soins aux personnes âgées», ainsi que le rapport final de l'Office fédéral de la santé publique «Évaluation du nouveau régime de financement des soins», paru l'année dernière et rédigé par le bureau d'étude et de conseil Infrac, associé à Careum Forschung et Landolt Rechtsanwälte.

Des différences visibles dans le domaine ambulatoire

Il ne ressort pas clairement de ces études ni des entretiens avec leurs auteurs que la Suisse latine en général pratique une plus forte réglementation publique que les cantons allemands. «Les différences sont plus grandes entre les cantons qu'entre les régions», insiste Jérôme Cosandey, auteur de l'étude d'Avenir Suisse. Eva Gschwend, collaboratrice de projet chez Infrac, qui a conduit l'évaluation du nouveau régime de financement des soins, abonde dans ce sens: «Dans le domaine du financement des soins, on ne constate pas de contrôle plus marqué de l'État qu'en Suisse allemande.»

Le fait est que les pouvoirs publics dans les cantons de Suisse latine jouent un rôle central dans le domaine des soins de longue durée. Jérôme Cosandey parle d'un «clivage est-ouest» en ce qui concerne la compétence en la matière: «En Suisse latine, l'organisation

des soins et le financement des coûts résiduels des soins sont l'affaire du canton, tandis qu'en Suisse allemande la responsabilité incombe avant tout aux communes.» La différence est particulièrement frappante dans les soins ambulatoires: dans tous les cantons romands (Genève, Neuchâtel, Jura, Fribourg, Vaud et Valais) ainsi que dans le canton du Tessin, les cantons concluent des contrats de prestations et fixent les tarifs des soins. Dans quatre cantons (Fribourg, Vaud, Valais et Tessin),

«Les différences sont plus grandes entre les cantons qu'entre les régions.»

des soins et le financement des coûts résiduels des soins sont l'affaire du canton, tandis qu'en Suisse allemande la responsabilité incombe avant tout aux communes.» La différence est particulièrement frappante dans les soins ambulatoires: dans tous les cantons romands (Genève, Neuchâtel, Jura, Fribourg, Vaud et Valais) ainsi que dans le canton du Tessin, les cantons concluent des contrats de prestations et fixent les tarifs des soins. Dans quatre cantons (Fribourg, Vaud, Valais et Tessin),

>>



Soins ambulatoires: tandis que la Suisse allemande compte de nombreux petits services «Spitex», les cantons de Genève et Neuchâtel n'ont qu'une seule grande organisation d'aide et de soins à domicile de droit public.

Photo: Spitex

le financement résiduel des soins est supporté conjointement par le canton et les communes. Dans la plupart des cantons alémaniques, les contrats de prestations passent par les communes. Dans quelques cantons, les communes sont par ailleurs responsables de la fixation des tarifs et la majorité d'entre elles assument le financement résiduel.

Dans le domaine stationnaire, la planification des lits et la délivrance des autorisations d'exploiter sont, partout en Suisse, du ressort des cantons. Contrairement à une grande partie de la Suisse allemande, les cantons romands prennent également en charge le financement résiduel – avec les communes pour les cantons de Fribourg, Vaud, Valais et Tessin. En Suisse alémanique, ce sont surtout les communes qui supportent seules le financement résiduel des soins.

Préférence culturelle pour les soins à domicile

La compétence cantonale dans le domaine des soins ambulatoires en Suisse latine explique l'existence de plus grandes organisations d'aide et de soins à domicile. Tandis que la Suisse allemande compte encore de nombreux petits services «Spitex», la Suisse romande et le Tessin disposent de structures régionales plus grandes, comme dans les cantons de Vaud, du Valais et de Fribourg. Les cantons de Genève et de Neuchâtel n'ont même qu'une seule organisation d'aide et de soins à domicile de droit public pour assurer les soins et l'accompagnement ambulatoires.

La compétence cantonale en matière de soins ambulatoires est à la mesure de l'importance accordée aux soins ambulatoires en Suisse latine. Comme le relève l'étude d'Avenir

Suisse, le nombre de lits pour 1000 personnes âgées de plus de 80 ans, en Suisse latine, est plus bas que la moyenne suisse. En revanche, on y dénombre davantage de personnel dans les services d'aide et de soins à domicile (SASD). C'est particulièrement vrai dans les cantons de Genève, Jura, Vaud, Neuchâtel et Tessin, un peu moins en Valais et à Fribourg. L'étude de l'Obsan citée plus haut sur les soins de longue durée dans les cantons présente aussi un «modèle-type Suisse latine» selon lequel la prise en charge des personnes âgées repose avant tout sur les SASD. «L'EMS est, dans ces cantons, davantage devenu la dernière étape d'un continuum de la prise en charge, accueillant des résidents plus dépendants et plus âgés pour une durée plus courte», écrivent les auteurs de l'étude.

S'ils ont aussi gagné en importance en Suisse allemande ces dernières années en raison des besoins de nombreuses personnes âgées, les soins à domicile jouissent d'une place privilégiée depuis de nombreuses années déjà en Suisse latine. Difficile d'en expliquer les raisons. Jérôme Cosandey, d'Avenir Suisse, et Eva Gschwend, du bureau d'étude et de conseil Infrac, renvoient aux «structures historiques» et aux «préférences culturelles et politiques».

Cette préférence historique pour les soins ambulatoires est activement encouragée et soutenue, dans la mesure où les cantons latins, à l'exception de Genève, renoncent entièrement à la participation des patients aux coûts des soins. Ces coûts sont assumés par les cantons (pour certains, avec les communes) dans le cadre du financement résiduel des soins. Dans le reste de la Suisse, la participation des patients se situe au montant maximal fixé par la loi de 15,95 francs par jour ou à la moitié de ce montant. En ce qui concerne

Les soins à domicile jouissent d'une place privilégiée dans les cantons latins.

les soins stationnaires, la participation des patients est généralement fixée pour toute la Suisse, y compris la Suisse latine, au maximum légal de 21,60 francs par jour.

Dans certains cantons latins, les SASD sont fortement réglementés. Ainsi, dans les cantons de Genève et Neuchâtel, explique Jérôme Cosandey, les missions et l'organisation des services publics de soins à domicile sont régies par des lois spécifiques, de façon très détaillée, jusqu'à la composition du conseil d'administration et de la direction.

Les privés ont la vie dure

Au-delà de la préférence marquée pour les soins ambulatoires, la compétence cantonale en matière de soins de longue durée dans les cantons latins laisse supposer une attitude généralement plus dirigiste. Dans un contexte fortement réglementé par l'État, les prestataires de services privés n'ont que peu de liberté entrepreneuriale. Selon Christian Streit, directeur de Senesuisse (l'association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées), il y a peu d'organisations privées, comme des fondations ou des associations, qui exploitent en Suisse romande des structures pour l'accueil et l'accompagnement de personnes âgées. Dans le domaine des soins ambulatoires aussi les organismes privés ont une position difficile. Markus Reck, membre du comité de l'Association des organisations privées d'aide et de soins à domicile, connaît bien les conditions appliquées en Suisse romande pour les prestataires privés dans les soins ambulatoires. Il est responsable du secteur Public Affairs de Senevita SA, une entreprise qui fait partie du groupe français Orpea-Clinea et qui exploite vingt-sept EMS en Suisse allemande ainsi que l'organisation «Spitex pour la ville et la campagne» active dans l'ensemble de la Suisse. Avant l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins, en 2011, Spitex pour la ville et la campagne en Suisse romande devait – comme toutes les organisations privées de soins à domicile partout en Suisse – se passer de fonds publics. Le domaine des soins ambulatoires n'a pu bénéficier de l'argent public que dans le cadre de contrats de prestations avec un mandat de service public pour une région donnée.

Depuis l'introduction du financement résiduel des coûts des soins, les choses ont changé. En Suisse allemande surtout, comme l'observe Markus Reck: «À partir de 2011, toute une série de cantons ont très vite adapté leurs lois et versent également des contributions aux organisations privées d'aide et de soins à domicile pour couvrir les coûts résiduels des soins.» En Suisse romande, en revanche, le processus semble plus compliqué. Il faut convaincre les autorités et surtout les acteurs politiques que le financement résiduel ne constitue pas une subvention publique, mais bien une obligation légale fédérale faite aux cantons.

Dans l'intervalle, les organisations privées de tous les cantons romands reçoivent des contributions pour les coûts résiduels. Markus Reck regrette toutefois que dans certains cantons les organisations privées d'aide et de soins à domicile reçoivent beaucoup moins d'argent que les organisations de droit public au bénéfice d'un contrat de prestations, lequel leur donne

encore droit à des subventions. Pour bénéficier du financement résiduel, les organisations privées devraient en plus remplir un certain nombre d'exigences, comme s'il s'agissait d'un subventionnement pour lequel l'État est en droit de poser des conditions. Dans le canton de Vaud, par exemple, il s'agit du respect d'une convention collective de travail, ce qui entraîne des coûts supplémentaires. Enfin, contrairement aux organisations de prestataires de services publics, les associations d'entités privées ne seraient guère associées aux processus de décision des pouvoirs publics – à la différence de ce qui se passe en Suisse allemande.

Des coûts plus élevés en raison de salaires plus élevés

Dans le domaine stationnaire, le montant du financement résiduel dans le canton de Genève diffère selon qu'il s'agit d'un établissement de droit public ou privé, comme le constate Jérôme Cosandey. Et dans le canton de Neuchâtel, le financement résiduel est moindre pour les institutions qui ne respectent pas la CCT cantonale. Les écarts dans la compensation du financement résiduel entre établissements publics et privés ne se justifie que dans la mesure où ce financement supplémentaire couvre les coûts supplémentaires dus à un mandat de service public, souligne Eva Gschwend.

La compétence cantonale en matière de soins de longue durée dans les cantons latins a en principe pour effet des conditions plus uniformes pour tous les prestataires de services sur le territoire cantonal, explique Eva Gschwend. Le financement cantonal des

coûts résiduels des soins ne signifie toutefois pas que les coûts résiduels sont effectivement partout pris en charge. Dans les cantons de Fribourg, Genève et Tessin, le financement résiduel dépend des coûts individuels des prestataires ou groupes de prestataires. Dans le reste de la Suisse romande, tout comme dans les cantons alémaniques, le financement résiduel est déterminé selon des coûts standard ou des plafonds fixés préalablement. Dans les cantons alémaniques, où la responsabilité financière incombe plus souvent aux communes que dans les cantons romands, on ne sait pas comment le financement est organisé.

Les coûts des soins dans les cantons latins varient fortement, comme le montre clairement le monitoring des cantons d'Avenir Suisse – et surtout, ils ne sont pas plus élevés qu'en Suisse allemande. Mais pas moins élevés non plus, comme la préférence pour les soins ambulatoires pourrait le laisser supposer. Les cantons du Valais, du Tessin et du Jura se situent en dessous de la moyenne nationale. Les cantons de Vaud et de Fribourg sont dans le benchmark. Et clairement au-dessus de la moyenne figurent les cantons de Genève et Neuchâtel. Cela s'explique avant tout par des charges de personnel très élevées. Celles-ci relèvent moins de la structure salariale locale que du pouvoir de négociation des partenaires sociaux, estime Jérôme Cosandey. ●

Dans un contexte très réglementé par l'État, les prestataires privés ont peu de place.

Texte traduit de l'allemand

L'habitat protégé s'implante en Suisse alémanique, la Suisse romande suit la tendance.

L'EMS ne s'impose plus qu'en cas de grande dépendance

L'avenir du logement pour personnes âgées passe par l'«habitat protégé» ou «habitat avec encadrement». Un futur encore freiné par le trop grand nombre de places en EMS en Suisse alémanique et la focalisation sur les soins à domicile en Suisse romande.

Urs Tremp

Toute sa vie, Hedwig Lanz a été une femme indépendante. Elle avait choisi de rester célibataire. Couturière, elle adorait voyager: la retraite lui a permis de sillonner la Suisse de long en large. Mais a aussi été marquée par la rupture des liens sociaux avec ses clients et une relative absence de contacts avec les habitants de son immeuble, et donc la crainte de l'isolement et de la solitude.

Autrefois, c'est à ce tournant de sa vie qu'Hedwig Lanz aurait déménagé dans une maison de retraite. Une option pour laquelle elle se sentait cependant encore trop jeune et trop active. C'est alors, juste au bon moment pour elle, que sa commune de résidence lui a proposé un deux-pièces adapté. Peu après son septantième anniversaire, elle a ainsi déménagé dans la résidence pour seniors, un im-

meuble de douze appartements, essentiellement occupés par des personnes âgées – couples ou personnes seules – mais aussi par quelques locataires plus jeunes qui avaient eu la possibilité de louer un logement adapté pour lequel aucun senior n'avait fait de demande. Le concierge se chargeait de gérer l'entretien et le nettoyage de l'immeuble, de remplacer les fusibles et les ampoules, et de sortir les poubelles les jours de ramassage.

On ne parlait pas encore d'habitat protégé. Mais Hedwig Lanz a vécu dans une structure qui s'en approchait. Outre le concierge, qui, très pragmatiquement, considérait que son travail impliquait de veiller sur les habitants, ces derniers disposaient également, en cas de besoin, de la permanence médicale assurée 24 heures sur 24 par un médecin vivant et exerçant dans le voisinage.

Cela se passait il y a plus de vingt ans. Depuis, Hedwig Lanz est décédée. Parce qu'elle s'affaiblissait de plus en plus, elle a passé les trois derniers mois de sa vie dans le home médicalisé de sa commune. Elle y est morte paisiblement, dans son sommeil.

Bien plus qu'un simple bouton d'alarme

Son parcours résidentiel s'inscrit dans ce que nous appelons aujourd'hui le «logement des aînés»: lorsque cela devient trop compliqué de rester dans son logement habituel, devenu trop grand et peu pratique, on n'entre plus nécessairement en mai-

son de retraite ou en EMS, mais plutôt dans un appartement, accessible par un ascenseur, sans seuils ni escaliers, et équipé d'un douche sans rebord. Surtout, on emménage dans un logement ou une résidence offrant davantage de prestations que le fameux bouton rouge d'alarme. Une aide pour les tâches quotidiennes, lorsqu'elles deviennent pénibles: c'est cela, l'habitat protégé.

Tous les pronostics et les études sur le sujet le démontrent: dans les années et décennies à venir, ce type d'habitat va se généraliser. En ce qui concerne les nouvelles constructions, l'architecture sans obstacles, ou «adaptée», est devenue la norme. Le vieillissement de la population a fait évoluer les mentalités en quelques années à peine, et a fondamentalement modifié l'habitat pour personnes âgées. Mieux: il l'a contraint à s'adapter aux besoins et aux habitudes des personnes qui vieillissent.

Le choix ne se résume plus à vivre chez soi ou à entrer en institution.



Les seniors veulent continuer à vivre de manière autonome dans leur quartier et partager leurs journées avec des personnes de diverses générations.

Les besoins et les habitudes de vie ont évolué, en effet. Le choix ne se résume plus à vivre de manière autonome «chez soi» (le cas échéant avec une aide à domicile) ou à entrer en institution. Une large gamme d'autres modèles d'habitat, graduels, s'est depuis développée. Ce qu'on appelle les structures intermédiaires, puisqu'elles se trouvent «entre les deux». En font partie toutes les variantes offrant des soins et services «sur mesure» de courte ou de plus longue durée: les structures de jour ou de nuit, les offres d'animations et activités, les logements de vacances, les familles de jour, les soins «in-house» ou même l'habitat protégé. Lorsque le besoin d'aide est léger, le placement en institution ne s'impose plus: l'habitat protégé suffit dans la plupart des cas.

Plus de séparation nette

C'est une tendance qui se dessine depuis quelques années déjà et le choix ne devrait plus se limiter au domicile ou à l'entrée en institution. Il a fallu du temps pour reconnaître que le contexte de vie et les besoins des personnes âgées ont tellement évolué qu'elles n'acceptent plus de se soumettre aux horaires stricts et aux contraintes d'une institution. Elles veulent au contraire disposer d'un éventail de services le plus large possible, pour leur permettre de continuer de vivre comme elles l'entendent.

Mais c'est plus vite dit que fait. Jusqu'à présent, et parce que le financement des soins favorise cette tendance, on s'est surtout contenté d'augmenter le nombre de lits en EMS. Comme le souligne l'économiste de la santé Monika Merki Frey, «pendant longtemps, personne ne s'est demandé quelle influence pouvait avoir une société en mutation rapide sur le besoin en places dans les homes».

En Suisse romande, où la distinction binaire entre soins à domicile et vie en institution est encore très marquée, il n'existe que peu de structures intermédiaires. On s'est surtout longtemps concentré sur les soins à domicile. Avec une exception toutefois: il y a davantage d'unités résidentielles décentralisées pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et autres formes de démence.

Le taux d'occupation dans les EMS en Suisse romande reste plus élevé qu'en Suisse alémanique. Dans le même temps, cependant, les cantons romands ont juridiquement défini la notion d'«habitat protégé», alors qu'en Suisse alémanique, cette notion diffère d'un canton à l'autre ou n'est pas clairement déterminée. Dans les faits, la Suisse romande aura bientôt rattrapé la Suisse alémanique dans le domaine de l'habitat protégé.

**La Suisse romande
aura bientôt rattrapé
la Suisse allemande
dans le domaine de
l'habitat protégé.**

>>

Un développement délicat

L'association Pro Senectute prévoit qu'en 2030, et par rapport à la situation actuelle, seule une très petite proportion de personnes âgées (voire très âgées) dépendra de soins de longue durée en institution. Ce qui implique que le nombre de dépendances légères augmentera de manière significative. La plupart des personnes âgées concernées, qui aujourd'hui vivent en EMS, habiteront «protégées» à l'avenir. Ce passage de l'EMS à l'habitat protégé va cependant se heurter à un obstacle, considère Andreas Sidler, de la Fondation Age, une organisation qui s'occupe de l'habitat pour seniors: «Malgré son potentiel d'aide sur mesure pour les personnes âgées, l'habitat protégé va à l'encontre du système de soins suisse, lequel exige une classification binaire des prestations: soins ou accompagnement, stationnaire ou ambulatoire. Un concept aussi flexible que l'habitat protégé ne pourra s'imposer qu'avec beaucoup de peine dans ce cadre-là». De fait, de nombreux cantons ne disposent encore d'aucune directive spécifique quant au soutien financier des résidentes et résidents des logements protégés.

Ces dernières années, les cantons ont pourtant commencé à encourager de diverses manières cette forme d'habitat qui vient s'insérer entre le domicile et l'EMS. Tôt ou tard, les modes de financement devront s'adapter aux changements en cours – et non l'inverse. Mais cela implique des décisions au niveau politique. Un processus douloureux, surtout pour les cantons et communes qui disposent encore à l'heure actuelle de bien plus de places de soins de longue durée que nécessaire. En février, le municipal zurichois Andreas Hauri a pris une décision drastique pour sa ville et suspendu la stratégie de la vieillesse appliquée jusqu'alors: il a décidé d'investir les 600 millions de francs qui étaient prévus pour la rénovation des EMS de la ville et la construction de nouveaux établissements dans des formes d'habitat correspondant aux besoins futurs des seniors. Lesquels seniors veulent continuer à vivre de manière autonome dans leur quartier, partager leurs journées avec des personnes de diverses générations et ne recourir aux soins qu'en cas de nécessité.

Un potentiel d'économies considérable

Le changement de paradigme opéré par Andreas Hauri à Zurich va certainement servir d'exemple. Car le concept d'«habitat protégé», très souple, ne contribue pas seulement à renforcer le besoin d'autonomie des personnes âgées et très âgées: il soulage également l'économie. Une vaste étude du Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS SA a analysé l'an dernier le potentiel de réduction des dépenses qu'il représente par rapport à un séjour de longue durée en institution. Le résultat est sans équivoque: pour les personnes qui ont besoin de peu de soins, le fait de vivre en habitat protégé plutôt qu'en EMS diminue la facture d'environ 25%.

Les séjours en institutions coûtent cher

On peut en conclure que l'habitat protégé coûte généralement moins cher aux assurances et aux pouvoirs publics qu'un long séjour en institution. Car les séjours en EMS sont extrêmement coûteux. Sans prestations complémentaires, la plupart des personnes concernées n'y auraient pas accès. Dès lors, plus le temps passé en logement protégé est long, plus l'entrée en institution sera retardée. Et plus grandes seront les économies réalisées. Pro Senectute a fait le calcul pour le seul canton des Grisons: il suffirait que 300 personnes avec des besoins de soins réduits (niveaux de soins 0 à 3) vivent en habitat protégé plutôt qu'en EMS, pour que les dépenses du canton et des communes se réduisent annuellement d'environ 2,5 millions de francs.

Les sommes ainsi économisées pourraient alors être investies ailleurs très rapidement. Le développement de l'habitat protégé peut répondre aux besoins d'économies dans le domaine du social et de la santé. Mais il implique aussi un vrai changement de société qui ne peut plus être ignoré. ●

Texte traduit de l'allemand

2009–2019

Retour sur quelques projets et initiatives

Le dispositif fribourgeois d'assistance pharmaceutique

« Les EMS fribourgeois ont adopté en 2002 un dispositif d'assistance pharmaceutique inédit, un modèle éprouvé tant du point de vue de l'économicité que de la qualité et sécurité de la médication. Grâce à un système forfaitaire qui permet d'acheter les médicaments en gros à des prix hospitaliers fortement concurrentiels, le coût moyen des médicaments par an et par résident a diminué de 30% entre 2001 et 2016. Le dispositif favorise aussi une utilisation optimale des médicaments et une réduction du gaspillage. Quant au travail interprofessionnel entre pharmaciens, médecins et soignants, il garantit la qualité et la sécurité de la médication sur le long terme. Mais voilà: les nouvelles exigences de l'ordonnance fédérale sur la compensation des risques

dans l'assurance maladie (OCoR), entrée en vigueur le 1er janvier 2018, a conduit au démantèlement du modèle fribourgeois faute d'accord entre les assureurs et les partenaires fribourgeois. Depuis l'été 2018, les EMS fribourgeois achètent ainsi les médicaments au prix public et sans assistance pharmaceutique. Selon une étude de pharmaSuisse, les coûts d'approvisionnement de médicaments en EMS auraient augmenté de 59% durant le deuxième semestre 2018. La balle est désormais dans le camp des politiques et de l'Office fédéral de la santé publique. »

Revue spécialisée Curaviva 1/2018 (mars)



La formation s'est développée diversement selon les régions linguistiques

La Suisse romande aime ses hautes écoles

Les hautes écoles en Suisse romande, les écoles supérieures en Suisse allemande. Les ASSC sont plus présentes en Suisse allemande, les spécialistes en activation n'existent pas en Suisse romande. Mais partout l'objectif est le même: la satisfaction des résidents.

Claudia Weiss

À noter en préambule: les résidentes et les résidents des EMS romands se sentent aussi bien accompagnés et soignés que leurs voisins des établissements alémaniques. C'est ce qui ressort de l'étude Respons (Residents' Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland), une enquête réalisée auprès de résidentes et résidents par la Haute école spécialisée bernoise et portant sur la qualité de vie et des soins dans les EMS.

«Dans l'ensemble, les résident-e-s interrogé-e-s étaient satisfaits de leur EMS», peut-on lire dans le rapport final. Même si ce rapport ne fait pas la distinction entre les régions linguistiques, on peut dire que, globalement, 94% des personnes interrogées ont assuré qu'elles recommanderaient leur EMS à d'autres. La plupart d'entre elles ont également affirmé être généralement satisfaites des soins dans leur EMS: «Neuf résident-e-s sur dix ont dit être bien à très bien soignés dans l'EMS.»

Cependant, il existe bel et bien une grande différence entre les régions linguistiques: les diplômés des nombreux professionnels des soins et de l'accompagnement ne sont pas les mêmes de part et d'autre du «röstigraben». En Suisse romande, il s'agit même souvent de diplômés étrangers, notamment français. Un coup d'œil sur les structures de formation montre aussi que les

diplômes sont diversement répartis entre Suisse allemande et Suisse romande: la première met davantage l'accent sur la formation duale et ses soignants sortent souvent des écoles supérieures (ES), tandis que leurs homologues romands sont principalement diplômés des hautes écoles spécialisées (HES).

Culture de l'apprentissage en Suisse allemande

Fabienne Pauchard, responsable du secteur formation professionnelle et continue pour la Suisse romande auprès de Curaviva Suisse, observe une tendance marquée pour les diplômés des hautes écoles spécialisées en Suisse romande – influencée par la France et l'Italie. «Cette influence se ressent assez fortement selon le canton et la proximité de la frontière.» Sa collègue, Marianne Geiser, responsable du secteur RH pour les soins et l'accompagnement des personnes âgées chez Curaviva Suisse, ajoute: «En revanche, la culture de l'apprentissage est beaucoup plus répandue en Suisse allemande qu'en Romandie.»

En outre, 85% des places de stage en soins infirmiers ne sont pas proposées dans les hautes écoles spécialisées, mais dans les écoles supérieures qui n'exigent pas de maturité professionnelle.

Ces tendances différentes se manifestent clairement dans deux champs professionnels en particulier, en l'occurrence dans les formations d'assistante et assistant en soins et santé

communautaire (ASSC) et de spécialiste en activation ES. Tandis que le métier d'ASSC s'est bien établi en Suisse allemande depuis son introduction il y a quinze ans et qu'il figure au troisième rang des formations les plus populaires, il peine à trouver sa place en Suisse romande.

Quant aux spécialistes en activation ES, ils ne sont même pas connus en Romandie, qui mise sur l'animation, souvent proposée dans les EMS par les assistantes et assistants socio-éduca-

«Avec la complexité croissante des soins, les exigences en matière de formation sont plus élevées.»



Le campus de la HES-SO à Sierre: les Hautes écoles de santé de Suisse romande «se positionnent en faveur du maintien des filières HES comme seul moyen d'obtenir un diplôme d'infirmière en Suisse romande». Photo: HES-SO

tifs ou par des professionnels de l'animation socioculturelle porteurs d'un diplôme HES.

Christine Serdaly, consultante et entrepreneur sociale à Genève, replace le développement de ces différentes formations dans son contexte historique: pendant longtemps, les soins étaient couverts, d'une part par des infirmières et infirmiers hautement qualifiés, d'autre part par des aides-soignantes peu qualifiées, parfois titulaires d'un diplôme de la Croix-Rouge. «Avec la complexité croissante des soins de longue durée, les exigences en termes de formation se sont aussi élevées.» Les diplômes de degré tertiaire en soins infirmiers seraient dès lors devenus nécessaires, de Niveau I puis II, ainsi que les spécialisations telles que les soins psychiatriques, les soins palliatifs ou encore les soins oncologiques. «Tandis que la Suisse allemande a spécifiquement investi dans le développement des écoles supérieures, la Suisse romande a choisi une tendance plus générale, aussi en réponse au besoin de promotion des hautes écoles spécialisées.»

Concurrence entre ES et HES?

La Suisse romande, affirme Christine Serdaly, met en concurrence les différentes filières de formation HES et ES, même si les écoles supérieures permettent aux ASSC en particulier d'obtenir des diplômes de degré tertiaire. «Et ces professionnelles répondent ainsi exactement au besoin de personnel qualifié!» Au

lieu de quoi, la Romandie aurait très tôt valorisé les hautes écoles spécialisées et fondé, en 1998, la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), bien ancrée dans les cantons de Genève, Vaud, Jura/Neuchâtel, Valais et Fribourg, «rendant difficiles toutes les alternatives».

En septembre 2017, une école supérieure en soins infirmiers a pourtant ouvert ses portes à Viège pour le canton du Valais, pour l'instant seulement en allemand, mais avec l'objectif lointain de créer une section pour les ASSC de langue française. Reste à savoir si une telle extension est réellement souhaitée. Dans le domaine de l'animation, par exemple, il est apparu que le profil professionnel de spécialiste en activation ES était perçu en Suisse romande comme une menace pour le diplôme HES en animation socioculturelle, explique Christine Serdaly. «De mon point de vue, cette crainte est fondée, car la formation professionnelle supérieure est idéalement adaptée aux soins et à l'accompagnement en EMS.»

Les ASSC romandes sont plus fidèles à la profession

Cependant, les différents plans d'études des institutions de formation prêtent quelque peu à confusion: «Les compétences infirmières qui sont enseignées dans les écoles supérieures allemandes correspondent en réalité à celles des hautes écoles spécialisées de Suisse romande», fait remarquer Fabienne Pouchard de Curaviva Suisse. Au fil des ans, des efforts auraient été consentis pour favoriser un certain nivellement. Pourtant, sa

collègue alémanique Marianne Geiser suppose que «à long terme, l'impact du nombre croissant de diplômés HES en Romandie pourrait éventuellement se refléter dans les prochaines mesures des indicateurs de qualité nationaux». Certaines études montrent déjà les effets des profils de formation différents, notamment l'étude réalisée sur plusieurs années sur le parcours professionnel des ASSC, publiée sous

le titre «La profession d'assistantes et assistants en soins et santé communautaire: parfois un emploi de rêve, souvent une étape intermédiaire» et conduite par Ines Trede, responsable de l'Observatoire suisse de l'Institut fédéral des hautes études en formation professionnelle. Cette étude examine le choix de carrière des ASSC ayant obtenu leur diplôme en 2011. Il ressort

«Le profil des ASSC répond exactement aux besoins de personnel qualifié.»

Annonce

QUALITE DE VIE – PARCE QUE SEUL LE RÉSULTAT COMPTE

www.curaviva.ch/qualite

des résultats qu'en Suisse romande, les ASSC restent plus longtemps dans la profession: les ASSC sont en effet encore plus de la moitié à travailler dans leur métier cinq ans après la fin de leur formation, alors qu'elles ne sont plus qu'une sur cinq en Suisse allemande; les autres ont entre-temps poursuivi des études supérieures (54%) ou ont quitté la profession (21%).

Selon Ines Trede, si les ASSC romands ont moins d'ambition pour les études infirmières que leurs collègues alémaniques, c'est dû au fait que ces études sont «principalement réservées aux personnes qui ont une maturité professionnelle, spécialisée ou gymnasiale puisque ce cursus passe par les hautes écoles spécialisées».

L'âge est une autre explication: en Suisse romande, la formation d'ASSC est souvent une deuxième formation ou une formation qui intervient après plusieurs années d'expérience professionnelle mais rarement choisie directement après l'école obligatoire – les ASSC commencent leur formation à l'âge de 19 ans en moyenne, contre 17 ans pour la Suisse allemande. «Et l'étude montre aussi que les jeunes diplômées et diplômés poursuivent plus souvent des études tertiaires que leurs collègues plus âgés.»

Les nouveaux examens fédéraux professionnels supérieurs

Selon les estimations de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé et de l'OdaSanté, le nombre de professionnels qui restent dans le métier ou de ceux qui entreprennent des études en soins infirmiers ne suffit pas: dans l'idéal, il faudrait que 60% des ASSC suivent une formation continue dans le domaine tertiaire et que 40% restent dans le métier. Ces chiffres sont cependant utopiques. «Tant que nous ne pourrions pas recruter autrement du personnel qualifié, nous devons impérativement réduire cette part de 20% des personnes qui quittent la branche et créer des opportunités de carrière et de formation attractives pour les ASSC diplômés», insiste Ines Trede.

Dès lors, les efforts ne manquent pas des deux côtés du «röstigraben» pour prévenir la pénurie de personnel qualifié, concevoir des formations attractives et répondre aux exigences toujours plus élevées dans les soins de longue durée, notamment par le biais de nouvelles formations. On assiste ainsi progressivement à des mises à niveau dans le système de formation.

Prochainement, de nouveaux examens professionnels supé-

rieurs importants seront proposés au niveau national pour former des experts en soins palliatifs et en soins gériatriques et psychogériatriques. En 2011 déjà, le Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation écrivait dans son rapport final «Masterplan Formation aux professions des soins», avec un certain optimisme: «Un engagement a été pris dans le cadre du Masterplan selon lequel les deux filières du degré tertiaire en soins infirmiers – ES et HES – se complètent et contribuent largement à la lutte contre la pénurie de main-d'œuvre.» Il n'est pas certain que ce soit aussi simple que cela. En tout cas, une actualité publiée le 8 février 2019 sur la page d'accueil du site internet de l'Association suisse des infirmiers et infirmières ASI, communique: «Les directions des Hautes écoles du domaine Santé de la HES-SO se positionnent en faveur du maintien des filières HES comme seul moyen d'obtenir un diplôme d'infirmière en Suisse romande.»

L'avenir: la filière Master et le «skill and grade mix»

Même si les actions ne sont pas coordonnées, il se passe globalement beaucoup de choses dans les deux régions linguistiques en matière de formation en soins infirmiers. Ainsi, la Suisse allemande a introduit en 2000 le premier Master en soins infirmiers et plus récemment le cursus d'«Advanced Practice Nurse plus» (infirmière de pratique avancée, APN) à l'Université de Bâle. Durant cette même période, affirme Christine Serdaly, la Suisse romande aurait davantage porté l'effort sur des thèmes prioritaires tels que les soins palliatifs, la basse vision ou la psychiatre de l'âge avancé. «De plus, les responsables des EMS ont également découvert tout le potentiel des équipes interdisciplinaires, composées d'aides-soignantes et aides-soignants, d'ASSC, d'infirmières et infirmiers ES et HES, de travailleuses et travailleurs sociaux ainsi que le personnel de l'intendance, de la cuisine et de l'administration.» Et parce que la part du personnel soignant qualifié est limitée, il faudrait dans l'équipe «au moins une personne titulaire d'un Master ou une infirmière

Les efforts ne manquent pas des deux côtés pour prévenir la pénurie de personnel qualifié.

>>

2009–2019

Retour sur quelques projets et initiatives

Les colocations pour personnes atteintes de troubles cognitifs

« Au printemps 2014, la Fondation Saphir a ouvert une colocation d'un nouveau genre, dans un petit immeuble locatif à Orbe (VD). La colocation Topaze accueille en effet six personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer à un stade léger ou modéré. Alors pionnier en Suisse, ce projet propose une alternative entre le domicile et l'EMS, dans un cadre de vie convivial, familial et sécurisant, et favorise le maintien de l'autonomie et des ressources pour accomplir les actes de la vie quotidienne. Ici, il n'y a ni résidents ni patients, mais des colocataires. Il n'y a pas non plus de personnel soignant mais des auxiliaires de vie. Il n'y a pas de dossier de soins, mais un livret de bord pour les transmissions.

Et comme à la maison, ce sont les services de soins à domicile de la région qui interviennent en cas de besoin. Depuis, une deuxième colocation a vu le jour: la colocation Rubis. Organisée selon le même modèle que Topaze, elle est installée dans une construction récente de la Fondation Saphir à Yverdon, qui regroupe des appartements protégés. L'un des enjeux quotidiens des colocations est de maintenir l'équilibre du groupe et d'adapter continuellement l'accompagnement. À noter que trois colocataires de la première heure de la colocation Topaze y vivent toujours. »

Revue spécialisée Curaviva 3/2015 (septembre)



2009–2019

Retour sur quelques projets et initiatives
La Maison des générations à St-Martin (VS)

« En février 2012, les autorités communales de St-Martin conviaient les habitants du village et des hameaux voisins à une séance d'information sur la construction de la future Maison des Générations. Objectifs du projet: assurer un cadre de vie agréable pour les aînés et les jeunes familles, freiner l'exode rural en favorisant l'établissement d'une population active dans le village et permettre de réorganiser les échanges et le partage entre les générations. En août 2017, la commune inaugurait la Maison des Générations, un complexe qui a coûté 8,5 millions de francs, dont plus de 80% à charge de la commune. Si le programme est un peu moins

ambitieux que celui présenté cinq ans plus tôt, il répond bien aux objectifs de départ. Construit au cœur du village, le bâtiment abrite quatre salles de classe, un espace dédié aux activités créatrices manuelles, une crèche, une nurserie, une unité d'accueil de la petite enfance et dix appartements protégés de 2,5 et 3,5 pièces pour des aînés et des jeunes couples. Le défi, désormais, sera sans doute de faire vivre et durer cette cohabitation entre les générations de façon naturelle et respectueuse des besoins et de l'autonomie de chacun. »

Revue spécialisée Curaviva 1/2012 (mars)



de pratique avancée ou une infirmière spécialisée en gériatrie ou en soins palliatifs».

Le rapport final de l'enquête «Swiss Nursing Homes Human Resources Project» (enquête Shurp, 2013), relève en effet que ce sont justement ces questions qui préoccupent le plus les institutions des deux régions linguistiques. À la question de savoir quels sont les thèmes brûlants pour la recherche dans les soins de longue durée, les institutions de l'étude ont nommé le plus souvent le «skill and grade mix» (profil d'équipe): «De quel personnel avec quelles compétences et dans quelle composition a-t-on besoin, particulièrement avec les focales de la démence et de la gérontopsychiatrie, pour fournir une qualité de soins et d'accompagnement adaptée?»

Quant à savoir comment les APN seront intégrées dans les équipes des institutions médico-sociales de Suisse, la question est encore ouverte. Le projet Intercare (Nurse-led models of care in Swiss nursing homes: improving Interprofessional Care for better resident outcomes), dirigé par deux chercheurs en soins infirmiers de l'Université de Bâle, Michael Simon et Franziska Zúñiga, veut y remédier: l'étude, qui court jusqu'en 2021, veut recueillir des informations et expériences pour clarifier l'apport du personnel soignant hautement qualifié dans les équipes interprofessionnelles des établissements de soins en Suisse. Elle entend ainsi pallier le manque d'experts en gériatrie dans les institutions médico-sociales et développer des solutions durables.

Un problème particulièrement préoccupant est celui des hospitalisations inappropriées et leurs conséquences néfastes pour les résidentes et résidents (mortalité, limitations fonctionnelles, délires, chutes) ainsi que les coûts élevés qui en résultent. Entre 19% et 67% des hospitalisations de résidents des EMS seraient considérées comme inutiles, peut-on lire dans le descriptif du projet. La présence d'une APN responsable d'équipe pourrait permettre de mieux appréhender les situations complexes: «Les nouveaux modèles de soins, tels qu'ils ont déjà été développés dans divers pays, peuvent apporter une

réponse aux défis rencontrés. Les éléments clés de ces modèles sont des équipes de soins interprofessionnelles disposant d'un mix de compétences qui permet de couvrir les besoins de soins spécifiques des personnes âgées, d'améliorer la coordination des interfaces, de valoriser l'expertise clinique du personnel des soins et de l'accompagnement et de soutenir le développement des soins.» De tels modèles de soins placés sous la responsabilité d'expertes et d'experts spécialisés ont déjà été introduits avec succès dans les soins de longue durée dans d'autres pays. Ces modèles auraient conduit à une amélioration de la qualité des soins, notamment grâce à une meilleure gestion de la douleur, à une réduction des escarres de décubitus, à une diminution des chutes et des hospitalisations. Et finalement à une meilleure santé et une plus grande satisfaction des résidentes et résidents.

Des différences peut-être peu déterminantes

Le rapport final de l'enquête Respons conclut lui aussi à la satisfaction des résidentes et résidents d'EMS: «Ce sont principalement dans les domaines de la gestion de la douleur, la gestion du quotidien, l'autodétermination ainsi que dans des soins et un accompagnement centrés sur la personne qu'il y a un besoin d'agir.» Cependant – et c'est là que se manifestent à nouveau des différences culturelles – ce besoin d'agir n'est pas partout le même: «Les dimensions de la gestion du quotidien et de l'autonomie ont obtenu une évaluation plus positive auprès des résident-e-s de Suisse allemande, les dimensions de «la personne au centre» auprès des résident-e-s de Suisse romande.» Finalement, peut-être que les différences entre les régions linguistiques dans le domaine de la formation ne jouent pas un rôle si déterminant. Peut-être est-il plus important de combiner tous les niveaux de qualification selon un «skill and grade mix» judicieux, de façon à permettre aux différents professionnels de collaborer idéalement les uns avec les autres. Et peut-être que les résidentes et résidents se sentiront parfaitement bien accompagnés et soignés, peu importe que ce soit en Suisse allemande ou en Suisse romande. ●

Étude sur le parcours professionnel des ASSC: (F) www.iffp.swiss/obs/ASSC et (D) www.ehb.swiss/obs/FAGE

Texte traduit de l'allemand

Le travail interdisciplinaire: l'exemple de la Fondation Beau-Site

Une démarche participative pour renforcer l'interdisciplinarité

Le travail interdisciplinaire figure depuis plusieurs années déjà au nombre des valeurs de la Fondation Beau-Site et de ses différentes structures. Aujourd'hui, elle va un pas plus loin et mise sur une démarche participative pour gommer les frontières professionnelles.

Anne-Marie Nicole

Sur les hauts de Clarens, jouissant du spectacle grandiose des Alpes enneigées, la belle bâtisse qui abrite aujourd'hui les services centraux de la Fondation Beau-Site et l'EMS du même nom n'a pas toujours accueilli des personnes âgées. Construite vers la fin du 19^e siècle, elle fut une pension de famille, puis un bel hôtel de la Riviera vaudoise, avant de devenir un asile de vieillards dès les années 1950, puis l'EMS actuel. Aujourd'hui, la Fondation Beau-Site compte quatre établissements médico-sociaux dans la région – Beau-Site, Montbrillant, Le Maillon et Coteau-Muraz – ainsi qu'un centre d'accueil temporaire et une cuisine centralisée. Depuis un peu plus d'une année, la fondation écrit une nouvelle page de son histoire, avec la modernisation de ses établissements dans la perspective d'un accompagnement continu des personnes âgées vulnérables, du domicile jusqu'à l'hébergement de longue durée. Pour accompagner l'ouverture et la perméabilité des structures, les conseils de direction et de fondation ont conçu un plan stratégique pour les cinq ans à venir, dont la vision est en substance «une fondation moderne (...) qui propose aux résidents des lieux de vie adaptés et sécurisés pour leur bien-être», et qui s'articule autour de quelques notions fortes: la confiance, le respect, la qualité et la compétence.

Quel que soit son métier, chaque professionnel a son rôle à jouer auprès des résidents.

Tandis que les conseils ont défini les six axes prioritaires de la stratégie et une quinzaine d'objectifs, les quelque deux cents collaborateurs ont été invités à une vaste démarche participative pour concevoir le cadre opérationnel. La moitié d'entre eux ont participé à des groupes de travail pour identifier, de leur point de vue, les défis à venir et les actions à mettre en œuvre pour les relever. «Nous n'avons pas constaté de divergences de vues entre les conseils et le personnel, mais au contraire des complémentarités», se réjouit Yves Mottet, directeur de la Fondation Beau-Site.

«Notre volonté, désormais, est de concevoir l'accompagnement des résidents à l'échelle de la fondation, et non plus au niveau de chacune de ses entités.» Et comme pour mieux ancrer cette intention dans les esprits, le schéma du plan stratégique a été imprimé sur un mug remis à tout le personnel. Et la fondation n'a pas non plus hésité à associer à la démarche les résidents, leurs proches et des partenaires externes (institutions, écoles, instances politiques, etc.) pour connaître leur avis sur le plan stratégique et les actions prévues.

Aller un pas plus loin

Concrètement, le plan stratégique doit se traduire par une plus forte interaction et coopération entre les structures, le développement des savoir-faire convergents et la création de nouveaux réseaux internes. «Nous voulons ainsi aller un pas plus loin dans l'interdisciplinarité des équipes, faire mieux que simplement mettre trois professionnels autour d'une même table», explique le directeur, convaincu que la logique d'«empowerment» des collaborateurs, sur laquelle repose la nouvelle stratégie, renforce encore l'interdisciplinarité. Le travail interdisciplinaire figure depuis plusieurs années déjà au nombre des valeurs de la Fondation Beau-Site et de

>>

2009–2019

Retour sur quelques projets et initiatives

Programme de développement durable pour les EMS

« La mise en place du programme ESR (établissement de soins responsable) a débuté en 2012, à l'initiative de la FHV et du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Les associations fribourgeoise et vaudoise des EMS se sont associées au projet en vue de promouvoir et de faciliter la mise en œuvre de démarches et de bonnes pratiques de développement durable dans les établissements médico-sociaux. Ces quatre partenaires romands de la santé ont établi un référentiel de diagnostic ESR, un outil d'autoévaluation en ligne. Depuis sa création, plus de dix établissements ont suivi le programme ESR. Les membres de l'association-esr.ch ont manifesté leur intérêt pour la création d'un référentiel sim-

plifié mieux adapté à une petite structure comme les EMS ou un département (maximum 70 questions). Le programme ESR:Basic a ainsi vu le jour en février 2019. Bien que les programmes ESR et ESR:Basic permettent de réaliser une auto-évaluation, les EMS vaudois et fribourgeois ont opté pour l'accompagnement d'un professionnel. À ce jour, trois EMS fribourgeois ont obtenu le label ESR: le Foyer Saint-Joseph, Les Bonnesfontaines et le foyer St-Germain. Le label ESR fournit ainsi aux résidents, collaborateurs et fournisseurs l'assurance que l'établissement est engagé en matière de développement durable. » Revue spécialisée Curaviva 4/2016 (décembre)



ses différentes structures. «L'ensemble des professionnels partagent leurs observations et conjuguent leurs compétences et leur savoir-faire pour offrir des prestations répondant aux besoins et désirs spécifiques de chaque résident», écrit-elle au chapitre des principes de base. Ainsi, aide-soignante, réceptionniste, lingère, cuisinier, infirmière, employé de cafétéria, femme de chambre, nettoyeur... Quel que soit son métier ou sa fonction, chaque professionnel au sein de l'EMS a son rôle à jouer auprès des résidents et concourt, en bonne intelligence avec ses collègues, à leur qualité de vie et à leur bien-être.

Les prémices du travail interdisciplinaire

Les prémices de l'interdisciplinarité vécue dans les établissements médico-sociaux vaudois remontent sans doute au début des années 2000, à la faveur des formations intra-muros de sensibilisation aux soins palliatifs ou d'accompagnement en psychiatrie de l'âge avancé. Ces dispositifs impliquant l'ensemble du personnel ont mis en évidence la nécessité du travail commun et de la complémentarité des compétences. Ils ont facilité la construction d'un même langage entre les professionnels issus de secteurs d'activité différents et une meilleure connaissance des tâches et fonctions des uns et des autres.

Parce que l'exemple doit venir du haut, les membres de la direction travaillent dans un open-space.

Autre élément moteur de l'interdisciplinarité à cette même époque, la volonté d'intégrer dans les équipes, d'une part les différents professionnels de l'intendance dont on avait pris conscience qu'ils détenaient de précieuses informations sur les résidents – leur histoire de vie, leurs habitudes, leur humeur, leurs envies, etc. –, d'autre part les nouveaux métiers d'assistant en soins et santé communautaire, d'assistant socio-éducatif et de gestionnaire en intendance, fraîchement débarqués sur le marché du travail. La venue de ces différents profils a obligé à repenser la répartition des tâches au sein des

équipes dans une perspective interdisciplinaire.

Enfin, c'est dans ce contexte, en 2007, qu'a démarré dans le secteur médico-social vaudois, le projet «Équipes de demain» dont l'objectif était d'optimiser l'organisation du travail, d'identifier les compétences nécessaires au sein des équipes et de lutter contre la pénurie du personnel.

Gommer les frontières

Aujourd'hui, la Fondation Beau-Site mise sur la démarche participative initiée en été 2018 pour faire de l'interdisciplinarité un projet institutionnel et mettre l'accent sur une approche intégrée de l'accompagnement. «Dans l'opérationnel, nous voulons gommer les frontières professionnelles tout en développant les compétences métier spécifiques», détaille Yves Mottet. Le nouvel organigramme combine ainsi les deux lignes hiérarchique et fonctionnelle, incitant le personnel à collaborer en interdisciplinarité. Un nouveau «trio accompagnement», formé des trois responsables soins et gestion de l'accompagnement, hôtellerie et infrastructure et socioculturel et innovation, est chargé de déterminer, au niveau de la Fondation, une politique de l'accompagnement qui in-



tège les composantes du socioculturel, de l'hôtellerie et des soins.

Quant aux responsables des sites, ils sont désormais des adjoints responsables de site, un nouvel intitulé qui doit leur rappeler qu'ils font partie d'une équipe. Et parce que l'exemple doit venir du haut, les membres de la direction travaillent ensemble dans un même «open space» et les bureaux ainsi libérés ont été transformés en salle de repos pour le personnel. «Ce sont les besoins, les attentes et les désirs du résident qui dictent la composition de l'équipe pour l'accompagner dans son projet et non l'inverse. Cela n'y paraît pas, mais c'est un changement de paradigme important», affirme Gaëlle Rochat Karlen, responsable socioculturel, promotion et innovation. Avant la réorganisation, elle était responsable du développement de l'interdisciplinarité. À ce titre, elle coordonnait les actions et donnait des impulsions pour inciter les collaborateurs d'une même structure à collaborer – on parlait alors beaucoup moins d'interdisciplinarité entre les entités, au niveau de la fondation!

Gaëlle Rochat Karlen a aussi connu les limites liées à un corporatisme professionnel fort, les freins du travail en silo et les dysfonctionnements générés par une communication défaillante et une méconnaissance mutuelle. Sa capacité à

convaincre du bien-fondé de l'interdisciplinarité a été mise à rude épreuve. «Elle a usé beaucoup de bâtons de pèlerins!», plaisante Yves Mottet. Rien d'étonnant donc à ce qu'elle se réjouisse des premiers résultats encourageants de la démarche participative.

Au-delà des mots

Le 12 février dernier, une séance d'information a réuni la plupart des collaborateurs de la Fondation dont le but était, notamment, de présenter des projets déjà réalisés ou en cours de réalisation, preuve qu'au-delà des mots, de la théorie et des schémas stratégiques, des actions bien concrètes sont à l'œuvre. Ainsi, l'équipe de cuisine s'interroge sur son rôle dans l'accueil d'un nouveau résident et son accompagnement au quotidien. Autre exemple, celui du buffet du petit-déjeuner préparé et partagé par les résidents et les collaborateurs. Il y a aussi des réflexions sur une meilleure utilisation des moyens technologiques pour retranscrire dans les dossiers informatisés des résidents des informations utiles et accessibles à tous les collaborateurs concernés.

Lorsqu'elles sont partagées, ces «bonnes pratiques» ont le mérite de valoriser les compétences professionnelles, sociales et personnelles des collaborateurs impliqués. Elles sont >>



Les collaborateurs de la Fondation Beau-Site ont participé à des ateliers afin d'identifier, de leur point de vue, les défis à venir et les actions à mettre en œuvre pour les relever.

Photos: Fondation Beau-Site

Une nécessaire interaction et collaboration au sein des équipes

L'interdisciplinarité se vit de diverses façons

Interdisciplinarité, interprofessionnalité et «skill and grade mix»: des modèles de collaboration qui dessinent le paysage actuel des soins et refondent les équipes. Mais pas partout de la même façon.

Claudia Weiss

Consultante en soins infirmiers et conseillère pédagogique auprès du Centre de formation en soins infirmiers (BZ Pflege) de Berne, Iris Ludwig a accompagné diverses institutions en Suisse dans leurs réflexions autour de la composition des équipes. Dans un ouvrage paru en 2015*, elle a rendu compte d'un certain nombre d'expériences où l'interdisciplinarité se vit de diverses façons.

«L'équipe interdisciplinaire, au sens où elle est présentée ici, soit la collaboration entre les soins, le personnel d'accompagnement (social) et l'hôtellerie/intendance, ne se joue pas de la même manière entre les régions linguistiques, voire entre les cantons ou les établissements», conclut-elle dans son livre*. Elle ne constate pas de véritable divergence entre la Suisse allemande et la Suisse romande: les différences cantonales, mais aussi individuelles seraient trop importantes, affirme-t-elle. «En outre, le «skill and grade mix» ne vise pas seulement la combinaison de secteurs d'activités distincts; il est aussi question de mélange des générations, de rôles différents des collaborateurs et d'implication de professionnels spécialisés dans leur domaine.»

En Suisse romande, elle a cependant pu observer que de nombreuses institutions attachent effectivement de l'importance à une étroite collaboration entre les équipes de soins et d'accompagnement, qui intègre également les professionnels de l'intendance et des services techniques. «Mais en Suisse allemande aussi certaines institutions se donnent beaucoup de peine pour renforcer l'interdisciplinarité entre les secteurs des soins, de l'intendance et des métiers thérapeutiques.»

Iris Ludwig voit une différence importante et intéressante entre les régions linguistiques sur un autre plan: «Quelques EMS romands emploient de nombreux soignants venus de France», dit-elle. «Ils apportent une note particulière dans les soins.» Cette particularité – «d'autres approches, mais pas d'autres valeurs» – tient, d'une part à une tradition qui repose sur des hiérarchies bien établies, d'autre part à un contexte professionnel et éducatif différent. Tandis que la Suisse allemande défend les filières des écoles supérieures, la Suisse romande mise davantage sur les hautes écoles spécialisées.

«L'engagement de professionnels de l'animation sociale dans le domaine des personnes âgées en est une bonne illustration», affirme Iris Ludwig. Le métier de spécialiste en activation, dont l'obtention du diplôme passe par une école

Texte traduit de l'allemand

2009–2019

Retour sur quelques projets et initiatives

Le chariot sensoriel s'exporte

« L'association Arpège, qui regroupe dans le canton de Vaud des structures d'accueil psychogériatriques, développe depuis une dizaine d'années un chariot sensoriel, une version high-tech des espaces snoezelen (stimulation sensorielle). L'outil permet de projeter des images ou des vidéos au plafond ou sur les murs, de diffuser de la musique et de répandre des odeurs dans une ambiance lumineuse et colorée à souhait. Depuis le prototype bricolé il y a une dizaine d'années, le chariot évolue sans cesse. Actuellement, 120 chariots fabriqués en aluminium circulent en Suisse romande. Une cinquantaine de chariots sont actuellement en fabrication, dans une nouvelle version, en bois, plus conviviale selon ses concepteurs. Ce qui, au départ, était davantage conçu

comme un gadget est devenu un outil favorisant les approches non-médicamenteuses, relationnelles et émotionnelles. La formation à l'utilisation du chariot s'est également renforcée, avec des cours en présentiel, des séquences d'e-learning et du coaching. Un groupe de suivi réunit régulièrement une trentaine de personnes qui échangent et partagent leurs expériences. Le chariot sensoriel intéresse également d'autres domaines, notamment celui du handicap, et d'autres pays, le Canada en l'occurrence où deux exemplaires ont été exportés en ce début d'année et où il feront l'objet d'une recherche. »

Revue spécialisée Curaviva 1/2013 (mars)



supérieure, n'existe pas du tout dans les EMS romands. En revanche, on y trouve de nombreux professionnels formés depuis de longues années en animation socioculturelle, une formation de niveau HES qui, à son tour, n'existe que depuis peu en Suisse allemande.

Autre différence notable par rapport à la Suisse romande, les EMS alémaniques auraient commencé très tôt à intégrer, dans leurs équipes soignantes, des assistantes et assistants en soins et santé communautaire (ASSC), «parfois même déjà durant la formation d'ASSC». Il existe des modèles de collaboration très intéressants entre les ASSC et le personnel infirmier diplômé. Mieux encore: «De façon générale, j'ai le sentiment que la collaboration interdisciplinaire entre intendance, soins et accompagnement social se renforce partout en Suisse.»

Iris Ludwig relève aussi les efforts déployés dans toutes les régions du pays afin de mettre en évidence les points forts que chacun des groupes de professionnels apporte dans une équipe, et de montrer comment ces groupes peuvent collaborer avec d'autres groupes de professionnels du secteur des soins, y compris ceux qui ont un «grade» différent, c'est-à-dire un niveau de qualification différent: «Quelques établissements ont déjà introduit divers modèles, tels que les soins intégrés ou les soins globaux, ou encore le modèle du tandem soignant qui démontre bien que les groupes de professionnels peuvent se renforcer mutuellement.»

Au cours de ces dernières années, un nouveau terme s'est développé en Suisse alémanique, différent qu'en Suisse romande, et qui irait plus loin que l'interdisciplinarité. Beat Sottas, consultant indépendant, chercheur et rédacteur dans les domaines de la formation aux métiers de la santé, le décrit ainsi: le terme interdisciplinaire, qu'il serait plus juste de remplacer par intraprofessionnel, provient des sciences (naturelles) et signifie que les représentantes et représentants des différentes disciplines d'une même branche académique ou d'une même profession collaborent. Dans les soins, cela voudrait dire qu'une infirmière spécialisée en diabétologie collabore avec une infirmière en oncologie.

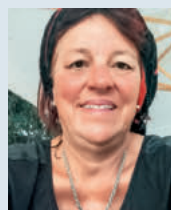
En revanche, et toujours selon la définition de Beat Sottas,

l'interprofessionnalité s'impose comme «un concept clé pour le système de santé: tandis qu'ils ont différents contextes professionnels et parcours de qualification, les participants sont appelés à gérer ensemble des situations, à tenir compte des points de vues de chacun, à apprendre les uns des autres et à développer en commun des solutions praticables. L'interaction est indispensable.»

Dans le quotidien de l'institution, explique Iris Ludwig, l'interprofessionnalité peut signifier que l'on examine le «skill and grade mix» dans chaque domaine, «c'est-à-dire non seulement dans le secteur des soins, mais aussi dans celui de l'intendance» et qu'on lie entre eux de la meilleure façon les différents groupes de professionnels.

Dans son ouvrage, Iris Ludwig conclut: «Certaines institutions sont tout particulièrement attentives, d'une part à investir dans les jeunes forces de travail, d'autre part à promouvoir les personnes de cinquante ans et plus. Ainsi, dans un des établissements, une aide-soignante expérimentée a pu passer au secteur hôtelier comme elle le souhaitait.» Ce qui importe, c'est de renforcer le rôle de tous les groupes de professionnels et de tendre vers «une collaboration d'égal à égal».

Sans pratique interdisciplinaire – ou mieux encore interprofessionnelle –, il ne serait pas possible à l'avenir, que ce soit en Suisse allemande ou en Suisse romande, de prendre soin des résidentes et résidents de façon optimale, Iris Ludwig en est convaincue: «De façon générale, il existe un large consensus sur le fait que dans une institution, l'ensemble des collaboratrices et collaborateurs participent au projet de vie des résidentes et résidents, quel que soit leur métier.» ●



Iris Ludwig: «Wir brauchen sie alle. Pflege benötigt Differenzierung. Soins et accompagnement: Une diversité nécessaire des métiers», Éditions hpsmedia, 2015, 586 pages, 67 francs

sources de sens et de motivation. Afin qu'elle ne se perdent pas et qu'elles puissent profiter à tous les sites, la fondation vient de mettre en place une «fabrique des pratiques et de l'innovation», un laboratoire destiné à soutenir les pratiques actuelles et futures favorisant le travail collaboratif et participatif et à encourager l'intelligence collective, la créativité et l'innovation. La route est encore longue, mais les forces et

l'enthousiasme ne semblent pas manquer. «Avant, nous avions une addition de professions, aujourd'hui nous avons une équipe. Nous avons passé d'un modèle en silos à un système en réseau. Nous nous sommes éloignés des cultures corporatistes pour aller vers une harmonisation des pratiques», résume Yves Mottet, confiant. ●

Hier et aujourd'hui

Le Domaine spécialisé personnes âgées

Lorsque j'ai repris la responsabilité du Domaine spécialisé personnes âgées, le 1er mai 2003, l'univers de Curaviva Suisse était bien différent de ce qu'il est aujourd'hui. Je pourrais comparer mes premières années au sein du Domaine spécialisé personnes âgées à l'achat d'un vieux corps de ferme. Beaucoup de choses étaient vieilles. Où qu'on regarde, des poutres pourries avaient besoin d'être retapées. Il était donc temps de préparer le renouveau. Quelques années plus tard, en 2007, le Domaine spécialisé personnes âgées a déménagé à Berne – suivi une année plus tard par les autres domaines et départements de l'association. Cette année-là, l'ancienne association romande, Fradipa, a rejoint Curaviva Suisse. Au terme de longues négociations, nous avons fini par nous entendre. La présidence du Domaine spécialisé personnes âgées est passée en mains romandes, une fonction occupée à l'époque par Tristan Gratier, alors secrétaire général de l'association vaudoise Avdems – renommée depuis Héviva.

La diversité est une force

Son arrivée et celle des associations romandes ont marqué un changement de culture, avec davantage de souplesse, mais aussi de longues discussions sur certains sujets pour parvenir à des arrangements. Pour une association nationale, la défense des intérêts de l'est et de l'ouest, du sud et du nord, est toujours un défi. Pour y faire face, elle doit sans cesse être prête au compromis. Cependant, liée à une confiance mutuelle, cette diversité constitue sa force.

Aujourd'hui, le Domaine spécialisé personnes âgées est une instance professionnelle reconnue, qui incarne justement cette diversité. Au sein de notre équipe, les trois langues nationales officielles sont représentées et des experts chevronnés font avancer les dossiers. Au printemps 2019, nous renforcerons aussi le secteur économie de la santé avec une ou un spécialiste de langue française. Nous serons ainsi plus visibles et plus présents en Suisse romande et au Tessin.

Et si le «röstigraben» si souvent invoqué existe en effet, il n'est pas infranchissable – et c'est ce qui est bien dans l'histoire! Un intérêt et une confiance réciproques permettent de construire une culture et une compréhension communes. C'est ce que j'ai toujours vécu à chacune de mes visites en Suisse romande. Même les moyens technolo-



«Je souhaite pour l'avenir mettre à profit tout le potentiel que nous avons de part et d'autre chez Curaviva Suisse.»

Markus Leser, responsable du Domaine spécialisé personnes âgées

giques requièrent aussi toujours le contact et les échanges personnels et directs.

La barrière de la langue

Une autre difficulté – et qui ne m'épargne pas non plus – est celle de la langue. Comprendre est une chose, vivre dans une langue étrangère en est une autre. Ainsi, des malentendus peuvent surgir parce qu'on ne s'est pas compris ou parce qu'on a mal évalué les informations données par son interlocuteur. Et c'est d'autant plus difficile lorsqu'il s'agit de discussions professionnelles et techniques. Il arrive même qu'on ne se comprenne pas quand on parle la même langue. Alors, imaginez quand la langue n'est pas la sienne!

Je souhaite pour l'avenir que nous utilisions encore mieux tout le potentiel que nous avons sans aucun doute de part et d'autre chez Curaviva Suisse. Peut-être

pourrions-nous imaginer, par exemple, que des collaboratrices et collaborateurs alémaniques travaillent durant trois mois auprès d'une association cantonale en Suisse romande ou au Tessin, et inversement. C'est une excellente occasion d'améliorer ses connaissances linguistiques, mais aussi d'apprendre à mieux se connaître personnellement et de découvrir une autre culture. Le «röstigraben» ne sera donc plus une ligne de séparation, mais une liaison qui élargit l'horizon personnel et professionnel. ●

«Pour une association nationale, la défense des intérêts est toujours un défi.»

Texte traduit de l'allemand

L'enjeu de la mutation digitale et organisationnelle

Un défi à relever ensemble

Les défis croissants posés par la mutation tant numérique qu'organisationnelle placent l'entreprise, les collaborateurs et l'encadrement devant de nouvelles responsabilités, de nouvelles tâches à assumer et des rôles à redéfinir.

Anne Forster*

La santé, individuelle et organisationnelle, est un facteur de compétitivité essentiel pour toute entreprise efficace. L'économie subit de profonds changements: plus dynamique et plus volatile, avec un environnement entrepreneurial, politique et social plus instable. S'y ajoute la pression des exigences légales, qui renforce la mutation numérique et la cybersanté (eHealth) dans les EMS et les hôpitaux suisses.

Le bouleversement économique actuel a plusieurs effets: en renforçant l'impact des facteurs VUCA (volatility, uncertainty, complexity, ambiguity), il oblige management et collaborateurs à adapter en permanence les structures et les processus d'entreprise à un contexte particulièrement dynamique. Les considérations économiques renforcent aussi

le recours à la cybersanté dans les établissements médico-sociaux et hospitaliers. Or, la mutation numérique en cours avec la stratégie eHealth dépasse de loin la seule introduction du

Pour répondre efficacement aux défis à venir, il faut des solutions numériques.

dossier électronique du patient. Elle implique la numérisation de toutes les procédures, depuis la saisie jusqu'à l'archivage, en passant par l'échange de données.

Un potentiel sous-estimé

Pour répondre efficacement aux défis à venir, il faut des solutions numériques. Mais des solutions soigneusement pensées, pour décharger au maximum les collaborateurs et dégager plus de temps pour les soins aux résidents et aux patients. La liste des besoins et des souhaits va de l'allègement des tâches physiquement pénibles à l'assistance renforcée pour les horaires où le manque de ressources est impactant (les gardes de nuit, par exemple). En passant par les tâches de routine, la documentation et la communication.

En de nombreux endroits cependant, la mutation numérique n'avance pas beaucoup. Les causes de cette retenue sont di-

verses: manque de disponibilité de systèmes adaptés, incertitude sur la sécurité des données, ou transférabilité insuffisante dans d'autres systèmes. La liste des raisons subjectives est encore plus longue: l'effort est ressenti comme trop important, il ne se justifie pas, l'entreprise est trop petite, la dépendance à des sociétés spécialisées en informatique comporte des risques. De plus, cela perturberait l'ensemble du processus de soins, et le fastidieux processus de saisie n'est pas compensé.

Pas étonnant dans ces conditions, surtout en période de pénurie de personnel et de pression sur les coûts, que la prudence et une tendance défensive l'emportent. Pourtant, le potentiel de la numérisation comme moteur, entre autres, de la mise en œuvre des soins intégrés et de l'amélioration de la qualité des prestations, en partie grâce à une meilleure interconnexion, est sous-estimé. Qui doit et peut démontrer ce potentiel et initier une

*Anne Forster enseigne en MAS Promotion de la santé à la HESD. Elle est en outre coach et spécialiste en développement organisationnel.

2009–2019

Retour sur quelques projets et initiatives

L'EMSP BEJUNE favorise une culture palliative des soins

« En 2011, les ministres de la santé des cantons de Berne, Jura et Neuchâtel créent une association dont le but est de mettre en place une équipe mobile commune spécialisée en soins palliatifs. Une année plus tard, l'équipe mobile EMSP BEJUNE voit le jour, une formule intercantonale alors inédite, répartie sur trois sites et constituée de trois médecins et de cinq infirmières. En six ans, le nombre d'interventions de l'équipe a pratiquement triplé pour s'établir à près de 400 situations suivies à fin 2018, dont un quart en EMS. À cela s'ajoutent une quarantaine de journées de formation par année délivrées dans les institutions. En 2016, l'équipe décroche le label qualité national spécifiquement décerné aux

équipes spécialisées en soins palliatifs, et en mars 2017 elle se voit confier la mise en œuvre de la stratégie intercantonale BEJUNE en matière de soins palliatifs 2017-2027. Pour ce faire, l'association EMSP BEJUNE modifie et élargit ses statuts et adopte un nouveau nom: l'Association pour le développement des soins palliatifs BEJUNE (ADSP BEJUNE). Parallèlement, l'équipe et l'association poursuivent leur travail de promotion et de sensibilisation et prévoient la création d'une plateforme internet interactive accessible à tous les intervenants dans le domaine des soins palliatifs. »

Revue spécialisée Curaviva 4/2013 (décembre)



réflexion et une discussion critique? Le fait que les collaborateurs comme les cadres endossent des responsabilités supplémentaires implique aussi de redéfinir le rôle de ces derniers.

Du personnel en bonne santé...

Les facteurs de stress comme le climat social, le manque de ressources et le style de management sont la source de nombreux jours d'arrêt-maladie dans les établissements hospitaliers: ils sont aussi la cause d'un important présentisme (le

fait d'être présent au travail même malade). Or, avoir l'énergie nécessaire pour accomplir ses tâches quotidiennes implique que l'on trouve du sens à son travail. C'est là que l'encadrement peut contribuer de manière significative à améliorer les

**L'approche
et la compétence
de l'encadrement
sont
déterminantes.**

choses, car une gestion intelligente de la maladie au travail est un facteur essentiel de bonne santé organisationnelle.

La santé doit être la principale référence pour mesurer tant le succès personnel que la performance d'une équipe et d'une organisation. Parvenir à assurer un équilibre pour soi-même et pour ses collaborateurs permet de déterminer de façon certaine si, et dans quelle mesure, des équipes en forme atteignent leurs objectifs, en travaillant davantage en collaboration et de façon plus harmonieuse. Santé et performance, se renforçant l'une l'autre, garantissent l'efficacité sur le long terme. Faire en sorte que la place de travail soit saine et mentalement confortable se justifie donc pleinement.

Des organisations saines

Il n'est pas indispensable d'initier un débat sur le thème de la santé et de l'efficacité dans l'entreprise. Faire en sorte que les équipes comme l'encadrement apprennent à mieux se comprendre, entre eux et avec leurs collègues, est déjà un premier pas important. Le fait, pour le management, de lancer la discussion sur les arrêts-maladie ou les heures supplémentaires également. Et la direction peut aussi faire un pas de plus en recherchant des solutions simples et concrètes, basées sur

l'ensemble des faits, avis et points de vue à propos de la santé tant des personnes que de l'organisation elle-même.

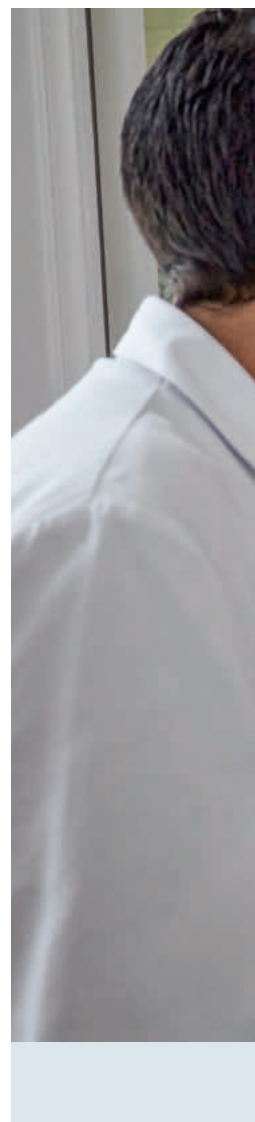
Il faut que les collaborateurs sentent qu'ils peuvent prendre leurs propres décisions et en assumer la responsabilité. Le rôle des cadres est de les épauler, pas de les faire se sentir sous tutelle. Ils sont des soutiens et des facilitateurs. On peut ainsi aider une personne à trouver des solutions avec des questions ciblées. L'approche et la compétence de l'encadrement, tout comme la compréhension qu'il a de son rôle, sont ici tout à fait déterminantes. Dans les entreprises et les organisations qui attachent de la valeur à la responsabilisation des équipes, le cadre devient un coach. L'approche relationnelle se fait sur un pied d'égalité, ce qui renforce ou influence positivement la volonté de s'impliquer dans la mutation numérique.

Manager c'est coacher

Dans un contexte de numérisation croissante, les tâches de management exigent de plus en plus de responsabilités. Conduire une équipe, c'est désormais la coacher, et contribuer, en la soutenant, à réaliser cette mutation. Pour réussir à relever ce défi, il faut:

■ Démontrer qu'il y a nécessité et urgence:

bien informer les collaborateurs sur les opportunités qu'offre la digitalisation, en n'omettant pas de prendre en compte les peurs, les obstructions et les blocages. Évitez à tout prix les discours lénifiants, restez ouverts et évoquez franchement le surcroît d'efforts que cela implique. Évitez la langue de bois, c'est contre-productif lorsqu'il s'agit d'établir un climat de confiance indispensable. Expliquez clairement la manière dont vous entendez mesurer les changements et les améliorations qu'ils vont apporter, en



toute transparence. Soulignez tout aussi clairement que les objectifs à atteindre ne pourront pas l'être dans les conditions actuelles. Que la satisfaction des patients et des résidents dépend en grande partie d'une approche intégrée. Les collaborateurs veulent comprendre la nécessité et l'urgence d'un changement en profondeur. C'est le premier pas vers l'engagement.

- **Aucun changement ne peut se faire unilatéralement:** il faut, pour initier des changements, un groupe suffisamment persuasif, où règne la confiance, et qui dispose de l'expérience et de l'expertise nécessaires. C'est la seule manière de s'assurer que les choses vont réellement évoluer. Une équipe dirigeante capable de communiquer sa vision, de lui donner vie, donne le cap et renforce la confiance de ses collaborateurs dans le fait que la transformation prévue est non seulement justifiée mais importante.
- **Savoir convaincre ses collaborateurs en cinq minutes:** il est important de pouvoir partager une vision efficace, car clarifier globalement les modalités des changements facilite la mise en œuvre des décisions. Elle motive les équipes à suivre la direction proposée et permet de coordonner les activités

des personnes impliquées. Les collaborateurs ont besoin de connaître l'avenir pour y adhérer. Il faut donc que votre vision soit centrée, mais suffisamment souple et, surtout, explicable en cinq minutes maximum. Savoir convaincre ses collaborateurs d'adopter des changements qui les responsabilisent présuppose qu'ils considèrent que l'objectif proposé fait sens, que les structures existantes sont compatibles et qu'ils ont la possibilité de se former pour s'y adapter.

- **Montrer rapidement les premiers succès:** il faut que le succès soit rapidement visible et sans équivoque. Si les collaborateurs peuvent constater que la réussite est étroitement liée aux efforts fournis pour la réaliser, ils seront motivés à poursuivre dans la voie du changement. Une mutation réussie se mesure aussi au fait qu'elle génère davantage de soutien et d'implication. Elle évolue vers davantage – et non moins – de changements et est clairement soutenue par le management. C'est la seule et unique manière d'ancrer de nouvelles approches dans une culture d'entreprise. ●

Texte traduit de l'allemand



Discussion entre le médecin et des infirmières: l'introduction de solutions digitales favorise la mise en réseau des professionnels.

Photo: Martin Glauser

Découvertes

Lectures

Le suicide assisté: un contre-témoignage

Par effets de médias, le suicide assisté se transforme en un acte militant puis se propage. Voilà enfin le contre-témoignage qui alerte sur cet abus, notamment lorsque l'aide médicale à mourir est accordée à des personnes en bonne santé. L'auteur commence par enquêter sur le suicide de son frère. Bien documenté, il s'adresse aux responsables politiques, mais aussi du droit et de la santé publique pour les mettre en garde contre la banalisation de cette pratique. Il prévient contre une dérive sociétale qui se voue au culte de la mort. Claude Mermod est né à Genève en 1946, avant-dernier d'une famille nombreuse. Après avoir voué toute son enfance à l'éducation de son petit frère trisomique, il cherche son chemin et finit par devenir instituteur. Il enseigne toute sa vie dans les écoles genevoises où il écrit lui-même les pièces de théâtre qu'il fait jouer à ses élèves. Retraité et septuagénaire, il se découvre une nouvelle passion pour l'écriture: redire la tragédie humaine, la vraie.

«*Je vais mourir mardi 18. Le suicide assisté au paradis helvète*», Claude Mermod (préface de Mauro Poggia, postface d'Olivier Chabloz), Editions L'Harmattan, mars 2019, 322 pages

«Quand maman plantait des brosses à dents»

«À travers la fenêtre, je revois sa frêle silhouette de dos, se détachant sur le long balcon. Habillée d'un tablier, une spatule en bois dans une main, un pot d'eau dans l'autre, elle parlait parfois à ses brosses à dents, comme elle le faisait autrefois avec ses plantes grasses... Quatre balconnières couleur terre cuite, accrochées le long de la rambarde bleue de la terrasse, accueillait ses créations. Des dizaines de brosses à dents, des bleues, des rouges, des souples, d'autres à poils durs, mais toutes dans le même sens, les poils vers le ciel, étaient réparties soigneusement dans le terreau humide de sa nouvelle logique. Chaque jour, elle ouvrait la porte fenêtre pour accéder à son jardin, s'en occuper avec soin et l'admirer, les bras sur les hanches.» En 2002, la mère de Christelle Bardet est diagnostiquée de la maladie d'Alzheimer à l'âge de 56 ans. L'auteur l'accompagne durant quatorze ans, et raconte les premiers troubles, la vie à la maison, puis en institution. Elle livre des moments magnifiques, plein d'amour, parfois drôles et poétiques. Un témoignage poignant, pour aider à faire évoluer le regard sur la maladie.

«*Quand maman plantait des brosses à dents*», Christelle Bardet, Editions Plon, février 2019, 270 pages

Les vieux ne sont pas forcément assistés et vulnérables

Les vieux ne se réduisent pas à la catégorie dans laquelle la société et les pouvoirs publics les rangent. Depuis les années 1960, ils sont l'objet d'un jeu incessant de nouvelles appellations – troisième et quatrième âges, personnes âgées dépendantes, Alzheimer, seniors – et désormais les voilà fragiles et vulnérables. Les conséquences sont redoutables: assignés à un espace social contraint et normatif, nous les amputons ainsi d'une identité propre, de leur histoire singulière et de l'expression de leurs besoins pour finalement constituer une population d'assistés, fragiles et vulnérables. Les auteurs, membres du réseau de consultants en gérontologie (ARCG), dénoncent cette vision réductrice, porte ouverte sur des formes variées de discrimination et un appauvrissement des espaces professionnels en gérontologie.

«*Les vieux sont-ils forcément fragiles et vulnérables? Les nouvelles catégories de l'âge*», Colette Eynard, Editions Erès, collection *L'âge et la vie*, janvier 2019, 320 pages

À voir

Festival Visages

L'édition 2019 du Festival de films Visages se déroulera du 22 au 29 mars à Martigny, avec une programmation de trente-huit films projetés dans quatorze lieux: cave, café, galerie d'art, atelier, fleuriste... Organisé par Pro Senectute Suisse, le festival offre une palette de films uniques: portraits, histoires de vie, reflètent des manières d'être au monde. L'ouverture officielle du festival visages a lieu le vendredi 22 mars à 18h00 au cinéma Casino de Martigny avec la projection de «Femmes du chaos vénézuélien», en présence de Margarita Cadenas, réalisatrice. Le film au cœur de l'actualité donne la parole à cinq femmes qui racontent au travers de leur histoire, leur désarroi au quotidien dans un pays sous haute tension. Bien d'autres films dans d'autres lieux à découvrir au fil des jours.

Le programme disponible sur le site internet www.festivalvisages.ch invite à plonger au cœur de ce festival unique en son genre.

plus simple. plus efficace. ensemble.

Le réseau MediData: le plus vaste réseau pour professionnels de la santé. Prestataires, assureurs, cantons et patients – le réseau MediData les interconnecte tous. Pour l'échange efficace, en toute sécurité et à moindre coût de données médicales et administratives et pour une meilleure collaboration entre acteurs de la santé publique suisse.



MediData

Pour une évolution saine.

www.medidata.ch

INSCRIVEZ-VOUS MAINTENANT



Bien soigné

Avec Pistor Care.

Vous profitez d'un vaste assortiment, de conseils d'experts et d'un service de livraison fiable. Pistor fournit tout en une seule livraison – des consommables de soins et médicaux jusqu'aux articles Non Food, sans oublier les produits alimentaires.