Überall für alle
SPITEX
Schweiz

Description des données utilisées par HomeCare-Data: Les données relatives aux soins des organisations d'aide et de soins à domicile

Date:	Septembre 2026
Auteures:	Aline Kurmann et Esther Bättig
Version:	1.1

Table des matières

Liste des illustrations **2**
Liste des tableaux **2**
1 Contexte/introduction **4**
1.1 Situation initiale 4
1.2 Objectif 4
2 Description des données HomeCareData **5**
2.1 Identification et contexte 5
2.2 Contenu et structure 5
2.3 Enquête et méthodologie 5
2.4 Traitement et qualité 6
2.5 Protection des données, éthique et droit 6
2.6 Utilisation, licence et citation 7
2.7 Gestion des versions et reproductibilité 7
2.8 Limitations et risques 7
2.9 Conservation et archivage à long terme 7
3 Analyse descriptive d'un exemple d'application **8**
3.1 Introduction 8
3.2 Base de données et échantillon 8
3.3 Approche méthodologique 9
3.4 Résultats 9
3.4.1 Principaux groupes de diagnostic 9
3.4.2 Analyse d'indicateurs choisis 9
3.5 Discussion 13
4 Conclusion **13**
5 Bibliographie **14**
Annexe **15**
Annexe A: domaines et exemples de variables 15
Annexe B: Utilisation HCD selon adhésion 16
Annexe C: Utilisation HCD selon typologie 16

Liste des illustrations

Illustration 1: saisie des données des soins ambulatoires..... 6
Illustration 2: nombre de clientes/clients par groupe de diagnostic principaux et par sexe..... 9
Illustration 3: présence d'un soutien informel.....10
Illustration 4: surcharge des proches. 11
Illustration 5: personnel mobilisé. 11
Illustration 6: présence d'un soutien technique. 12
Illustration 7: prise de médicaments. 12
Illustration 8: Au moins une chute au cours des 30 derniers jours. 13

Liste des tableaux

Tableau 1: comparaison des indicateurs utilisateurs HCD vs. non utilisateurs (2024 (en* 1'000 heures)) 6
Tableau 2: homogénéisation de l'échantillon à l'aide de critères d'exclusion 9
Tableau 3: Groupes de diagnostic principaux y compris nombre total /femmes/hommes 9
Tableau 4: domaines et variables du jeu de données HCD. 16
Tableau 5: utilisation HCD selon adhésion à Aide et soin à domicile Suisse 16
Tableau 6: utilisation HCD selon typologie des organismes responsables 16

Aperçu

Contexte: Aide et soins à domicile Suisse est l'association faîtière nationale des organisations d'aide et de soins à domicile à but non lucratif. L'association s'engage en faveur de la professionnalisation des soins ambulatoires grâce à un pilotage fondé sur des données factuelles et des preuves scientifiques. L'instrument d'évaluation *interRAI*, qui permet une évaluation globale des besoins et la planification des soins qui en découle, joue ici un rôle central. Afin de garantir l'utilisation systématique des données de routine collectées, *HomeCareData* (HCD) a été créé en 2016. La plateforme de données regroupe des évaluations standardisées et comble ainsi une lacune importante dans les statistiques officielles de l'aide et des soins à domicile. Aujourd'hui, HCD sert à la fois à satisfaire aux exigences légales telles que la collecte d'indicateurs de qualité (art. 59a LAMal) et au développement interne de la qualité, à l'analyse comparative et à la recherche sur les soins.

Objectif: ce rapport poursuit deux objectifs principaux : premièrement, il décrit de manière systématique le HCD en tant que base de données nationale, y compris sa structure, sa méthodologie, son assurance qualité et son cadre juridique. Deuxièmement, il montre, à l'aide d'une analyse descriptive, comment les données de HCD peuvent être utilisées pour étudier les différences de soins selon le sexe et le groupe de diagnostics principaux.

Données et méthode: l'analyse repose sur 136'312 évaluations des besoins qui ont été exportées le 23 avril 2025. Selon des critères d'inclusion et d'exclusion clairement définis, un échantillon de 6'078 premières évaluations de personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile et présentant l'un des quatre principaux groupes de diagnostics – maladies musculosquelettiques, cardiovasculaires, neurologiques ou oncologiques – a été constitué. L'étude a été entièrement descriptive, utilisant des fréquences, des tableaux croisés et des représentations graphiques.

Résultats: l'analyse met en évidence des différences marquées selon le sexe et le type de maladie. Les femmes bénéficient plus souvent d'un soutien informel, tandis que les proches de patients masculins déclarent une surcharge plus fréquemment que la moyenne. En cas de cancer, du personnel hautement qualifié est particulièrement souvent mobilisé. Les aides techniques destinées au soutien en cas d'urgence sont répandues dans tous les groupes. Les hommes consomment en moyenne davantage de médicaments, en particulier dans les cas de maladies neurologiques. De plus, les chutes sont plus fréquentes au cours des 30 derniers jours, en particulier dans les cas de maladies musculosquelettiques.

Conclusion : les résultats montrent clairement que les données HCD constituent une base précieuse pour une analyse différenciée de la situation en matière de soins ambulatoires. Les différences selon le sexe et le groupe de diagnostics principaux sont très pertinentes pour la planification et la gestion des prestations d'aide. HCD contribue ainsi au développement de la qualité fondé sur des données probantes et constitue en même temps un instrument important pour la recherche et les processus décisionnels en matière de politique de santé.

1 Contexte/introduction

1.1 Situation initiale

Aide et soins à domicile Suisse est l'association faîtière nationale des organisations à but non lucratif qui fournissent des soins et une assistance à domicile dans toute la Suisse. En tant qu'organisation de branche, elle soutient ses membres non seulement sur le plan politique et stratégique, mais leur fournit également des bases solides pour leur développement opérationnel et professionnel. Cela comprend des outils pratiques tels que le Manuel Finances, des études sur des questions d'économie de la santé (par exemple Polynomics) et, surtout, l'introduction systématique d'évaluations standardisées avec interRAI.

L'objectif d'Aide et soins à domicile Suisse est de professionnaliser les soins ambulatoires grâce à un pilotage fondé sur des preuves et des données. L'instrument d'évaluation interRAI, reconnu à l'échelle internationale, joue ici un rôle clé en permettant une planification des soins et de l'accompagnement globale et centrée sur la personne. L'accent est mis sur l'évaluation des capacités fonctionnelles, des ressources en matière de santé et de la qualité de vie des personnes accompagnées. Grâce à sa structure modulaire, interRAI convient aussi bien aux personnes nécessitant des soins de longue durée qu'aux situations aiguës ou à la phase de réadaptation après un séjour à l'hôpital (Morris et al., 2022).

Afin de garantir l'utilisation systématique de ces données cliniques de routine, HomeCareData (HCD) a été lancé en 2010. Le projet pilote a débuté en 2015 et est devenu officiel en 2016. La plateforme est gérée par Aide et soins à domicile Suisse et bénéficie du soutien technique de SwissRDL de l'Université de Berne. HCD regroupe les données issues des évaluations interRAI et les met à la disposition des organisations d'aide et de soins à domicile participantes ainsi que, après autorisation, des chercheurs (Aide et soins à domicile Suisse, 2022). HCD comble ainsi une lacune importante dans les statistiques officielles de l'aide et des soins à domicile qui ne contiennent jusqu'à présent aucune information clinique.

L'importance de HCD n'a cessé de croître ces dernières années. L'introduction de l'article 59a LAMal, qui prévoit la collecte systématique d'indicateurs de qualité médicaux, ouvre de nouvelles possibilités : dans le domaine de l'Aide et soins à domicile, ces indicateurs seront désormais calculés directement à partir des données interRAI, sans effort supplémentaire de collecte pour les organisations. HCD remplit ainsi une double fonction : d'une part, il fournit la base de données requise par la loi et, d'autre part, il sert d'instrument pratique aux organisations pour le développement interne de la qualité, l'analyse comparative et le pilotage stratégique.

1.2 Objectif

La présente description des données orientée vers l'application poursuit deux objectifs principaux :

Premièrement, elle décrit systématiquement l'ensemble de données HomeCareData. Cela comprend une présentation de sa structure, de ses bases méthodologiques ainsi que des procédures de collecte, de traitement et d'assurance qualité. Cette présentation s'adresse aussi bien aux chercheurs et aux spécialistes intéressés par l'utilisation de l'ensemble de données pour la recherche sur les soins qu'aux organisations d'aide et de soins à domicile qui souhaitent utiliser HCD comme base pour leurs propres questions et décisions stratégiques.

Deuxièmement, un exemple d'application est illustré à l'aide d'une analyse descriptive exemplaire. Cela permet de montrer comment les données disponibles peuvent être utilisées pour obtenir des informations concrètes sur la situation des soins des patientes et patients ambulatoires, qui sont tout aussi importantes pour le développement de la qualité que pour les discussions sur la politique de santé.

2 Description des données HomeCareData

2.1 Identification et contexte

La base de données s'intitule «HomeCareData (HCD) – Données sur les soins prodigués par les organisations d'aide et de soins à domicile en Suisse». Il s'agit d'un pool de données national dans lequel les organisations d'aide et de soins à domicile enregistrent des évaluations standardisées depuis 2016. L'objectif est de fournir un soutien fondé sur des données pour la gestion de la qualité, la planification des soins, la recherche scientifique et l'analyse des politiques de santé. HCD constitue ainsi une base centrale pour représenter et comparer les besoins en soins, l'étendue des prestations et les ressources en personnel dans le contexte suisse.

Aide et soins à domicile Suisse, dont le siège est à Berne (Effingerstrasse 33, 3008 Berne, info@spitex.ch, www.homecaredata.ch), est responsable de son fonctionnement. Le financement est assuré par les droits de licence interRAI et par des frais d'activation uniques pour les non-membres. Aucun DOI n'a été enregistré à ce jour.

2.2 Contenu et structure

L'ensemble de données HCD comprend environ 330 variables, réparties en 19 domaines thématiques (A-S, Z) (voir annexe A). Il reflète les aspects administratifs, démographiques, cliniques et psychosociaux des clientes et clients. Il contient des observations sur environ 340 000 personnes (état en 2024) et bénéficie d'une alimentation régulière par 237 organisations d'aide et de soins à domicile (juin 2025). Sur le plan géographique, l'ensemble de données couvre l'ensemble de la Suisse.

Les données sont transmises via un service web et peuvent être exportées dans des formats standardisés tels que CSV, XML ou Excel. Le transfert s'effectue automatiquement via une interface de l'Université de Berne. Pour leur usage interne, les organisations peuvent également traiter leurs données avec Excel ou des programmes d'analyse tels que R, Stata ou Python.

Les éléments de données importants sont les données de base et de la prescription (DBP) qui ouvrent un cas et contiennent les premières informations de base, les évaluations interRAI (HC ou CMH) pour saisir les besoins en soins somatiques ou psychiatriques, les feuilles de planification des prestations pour la planification prospective des prestations, ainsi que les informations de sortie qui documentent la clôture d'un cas et sont importantes pour les réadmissions ultérieures ou les contrôles de qualité. Toutes les variables sont identifiées de manière univoque au moyen de i-codes ; pour les adaptations spécifiques au pays, des codes CH sont utilisés.

2.3 Enquête et méthodologie

Les données proviennent d'enquêtes primaires menées par des infirmières et infirmiers dans les organisations d'aide et de soins à domicile. Elles se basent sur les instruments interRAI Home Care (HC) et interRAI Community Mental Health (CMH). Ces instruments standardisés à l'échelle internationale servent à évaluer les besoins de manière structurée, à planifier les interventions et à mesurer les résultats (Hirdes, et al., 2022).

Une comparaison des chiffres clés montre la pertinence de l'utilisation de HCD : bien que les utilisateurs de HCD ne représentent qu'environ un sixième de toutes les organisations, ils accompagnent ensemble la moitié de tous les clients et clientes de l'aide et des soins à domicile en Suisse et fournissent 44,6 % de toutes les prestations de soins et d'économie domestique facturées selon la LAMal. Les données utilisées pour la comparaison proviennent des indicateurs de l'OFSP pour l'année 2023. Les organisations qui ne fournissent pas de prestations d'aide et de soins à domicile typiques (par exemple la CRS, Pro Senectute, la Ligue pulmonaire) ont été exclues de l'analyse. Les annexes B et C contiennent d'autres évaluations sur la représentativité.

Indicateurs	HCD oui	HCD non	Total	Part HCD
Nb de clients (personnes)	173'892	170'080	343'972	50.6%

Indicateurs	HCD oui	HCD non	Total	Part HCD
Heures facturées LAMal/ED	12’020	14’904	26’925	44.6%
Ensemble du personnel	26’406	32’068	58’474	45.2%
ETP total	13’984	13’323	27’307	51.2%
Évaluation, conseil, coordination *	949	921	1’871	50.8%
Examen, traitement *	3’559	3’228	6’787	52.4%
Soins de base*	5’162	7’524	12’686	40.7%

Tableau 1: comparaison des indicateurs utilisateurs HCD vs. non utilisateurs (2024 (en 1'000 heures))*

La collecte des données suit un protocole clair : lors de l’entrée, une première évaluation est réalisée ; des réévaluations ont lieu au minimum tous les neuf mois ou en fonction d’un événement, par exemple après une sortie d’hôpital. Tous les professionnels qui réalisent les évaluations sont tenues de suivre une formation de base interRAI auprès d’un prestataire reconnu par Aide et soins à domicile Suisse. Cela garantit une mise en œuvre standardisée et de qualité.

2.4 Traitement et qualité

Le flux de données commence par la collecte des informations par le spécialiste, suivie de leur saisie dans le logiciel interRAI sous licence. Les données sont transférées vers le pool HCD via une interface définie par l'Université de Berne, dans le respect de la protection des données. Elles y sont régulièrement vérifiées afin de s'assurer qu'elles sont complètes et correctes sur le plan formel. Les évaluations ne peuvent être transmises que si tous les champs obligatoires sont remplis.

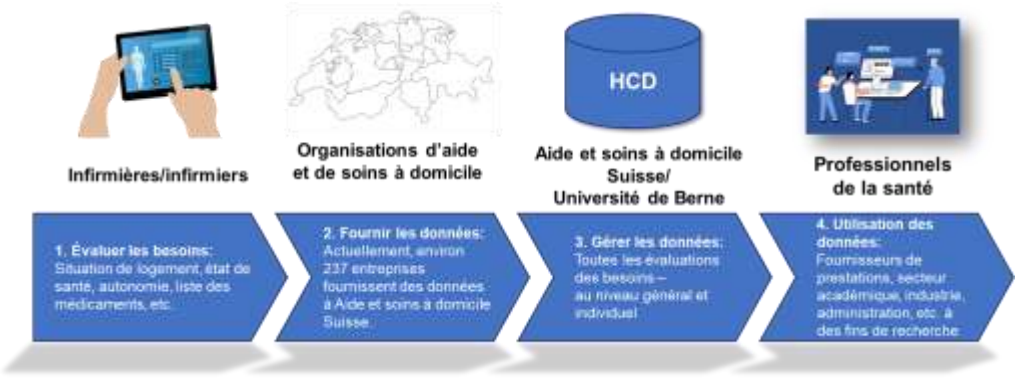


Illustration 1: saisie des données des soins ambulatoires

Sur le plan du contenu, les variables sont condensées à l'aide d'échelles (p. ex. échelle de dépression, échelle ADL) ou de Clinical Assessment Protocols (CAPs) (Morris, et al., 2022). Les valeurs manquantes sont codées de manière systématique et indiquées de manière transparente. La validité a été confirmée notamment par des analyses de l'Obsan, qui a attesté une cohérence interne de qualité.

2.5 Protection des données, éthique et droit

Les données sont pseudonymisées. Cela signifie que les données des clientes et clients restent attribuables à une organisation, mais ne contiennent aucun identifiant personnel direct. Les données brutes restent chez les organisations d’aide et de soins à domicile ; HomeCare-Data ne reçoit que des copies pseudonymisées.

L'accès aux données est strictement réglementé : chaque organisation dispose d'un identifiant protégé par mot de passe pour accéder à ses propres données et peut consulter des données comparatives agrégées au niveau du pool ou du canton. Les associations cantonales ne peuvent consulter les données individuelles qu'avec l'accord écrit de l'organisation concernée. Les tiers, par exemple les chercheurs, n'y ont accès qu'après avoir déposé une demande formelle comprenant une description de l'étude et un avis éthique. La commission interRAI & HomeCareData statue sur ces demandes.

La base juridique est constituée par la loi sur la protection des données (LPD), le RGPD et les lois cantonales sur la protection des données. Les données sont stockées à l'Université de Berne.

2.6 Utilisation, licence et citation

Les données ne sont pas soumises à une licence ouverte. Elles ne peuvent être utilisées que par les organisations d'aide et de soins à domicile, les associations compétentes et les tiers autorisés. Pour une utilisation scientifique, la citation suivante est recommandée :

«Aide et soins à domicile Suisse (2025) : HomeCareData – Données sur les soins prodigués par les organisations d'aide et de soins à domicile en Suisse, Berne : Aide et soins à domicile Suisse.»

Pour toute publication de données issues de HomeCareData ou d'évaluations basées sur ces données, il convient de mentionner le registre de données (Université de Berne).

La sensibilité des données entraîne certaines restrictions d'utilisation. Les données de santé à caractère personnel sont notamment protégées, c'est pourquoi leur transmission ou leur publication n'est autorisée que sous une forme totalement anonymisée.

2.7 Gestion des versions et reproductibilité

HomeCareData a été testé en 2013 et mis en service en 2016. Entre 2020 et 2021, l'ancien RAI HC a été remplacé par l'interRAI HC, ce qui a entraîné une rupture dans la comparabilité temporelle. Depuis 2023, la base de données est accessible à toutes les organisations disposant d'une autorisation cantonale d'aide et de soins à domicile.

La transmission des données s'effectue mensuellement via des pipelines automatisés. Des environnements logiciels courants tels qu'Excel, R, Stata ou Python peuvent être utilisés pour l'analyse.

2.8 Limitations et risques

Malgré ses atouts, cet ensemble de données présente certaines limites. La participation au HCD étant volontaire, il existe un risque de biais de sélection. L'ensemble de données n'est donc pas entièrement représentatif de l'ensemble de la Suisse. Le passage de RAI HC à interRAI HC complique en outre les analyses longitudinales sur les années 2020/21. Les données sur les résultats, telles que les hospitalisations ou la mortalité en dehors du cadre des soins à domicile, ne sont pas incluses. Les informations subjectives sur la qualité de vie font également largement défaut.

2.9 Conservation et archivage à long terme

Les données sont stockées de manière permanente dans le registre de données de l'Université de Berne. Les organisations qui quittent HCD laissent leurs données sous forme anonymisée dans le pool ; en cas de fusion, les ensembles de données sont fusionnés et historisés. Les sauvegardes et les mesures de sécurité relèvent de la responsabilité d'Aide et soins à domicile Suisse, en coopération avec l'Université de Berne. L'archivage à long terme est garanti.

3 Analyse descriptive d'un exemple d'application

3.1 Introduction

L'objectif de la présente étude est de montrer, à l'aide d'un exemple concret, comment les données issues des évaluations des besoins HCD peuvent être utilisées pour des analyses descriptives. Il apparaît clairement que de telles évaluations peuvent fournir des indications sur d'éventuelles différences en matière de soins entre les sexes et les principaux groupes de diagnostic.

3.2 Base de données et échantillon

Au 23 avril 2025, 136'312 évaluations des besoins avaient été exportées. Pour l'analyse descriptive, l'ensemble des données a toutefois été réduite à 6078 cas. La sélection a été effectuée selon des critères clairement définis afin de garantir un échantillon homogène et significatif.

Variables et exclusions	Nombre	Justification
Toutes les évaluations	136'312	
2024 → 2022 (n=5'247) → 2023 (n=39'331) → 2024 (n=68'430) → 2025 (n=23'304)	68'430 Exclusion n=67'882	La période comprise entre le 1er janvier 2024 et le 31 décembre 2024 a été choisie (indication de la date de création des formulaires).
Premières évaluations (évaluation initiale) → Évaluation initiale (n=21'264) → Réévaluation (n=40'857) → Changement significatif de statut (n=2'554) → Interruption de l'intervention (n=2'344) → Evaluation lors d'une réadmission (n=1'353) → Autres(n=58)	21'264 Exclusion n=47'166	Seules les premières évaluations (évaluations initiales) ont été prises en compte. Cela permet de garantir que toutes les personnes analysées se trouvent si possible au même stade du processus de soins, c'est-à-dire peu après leur prise en charge initiale par une organisation d'aide et de soins à domicile.
Maison privée/appartement en propriété/appartement loué/chambre louée → Ménage privé (n=20 594) → Services intégrés (n=430) → Établissement pour personnes avec troubles psychiques (n=76) → Autres (n=55) → Maison de retraite et établissement médico-social (n=31) → Établissement pour personnes avec handicap mental (n=28) → Communauté d'habitation pour personnes souffrant d'un handicap physique (n=19) → Clinique/service de réadaptation (n=13) → Clinique/service de soins aigus (n=9) → Clinique psychiatrique (n=4) → Établissement pénitentiaire (n=2) → Sans-abri (n=2) → Hospice/unité de soins palliatifs (n=1)	20'594 Exclusion n=670	Seules les personnes vivant dans leur propre appartement ou maison ont été prises en compte, car les formes de logement avec services intégrés supposent des besoins de soutien différents.
Catégorie d'âge → Moins de 65 (n=2'395) → 65–69 (n=1'059) → 70–74 (n=1'534) → 75–79 (n=2'651) → 80–84 (n=4'010) → 85–89 (n=4'431) → 90–94 (n=3'339) → 95 ou plus (n=1'175)	18'199 Exclusion des moins de 65 ans n=2'395	Seules les personnes âgées de 65 ans et plus ont été prises en compte ; pour faciliter la comparaison, elles ont été réparties en groupes d'âge.
Sexe → Divers (n=136)	18'063	Les personnes dont le sexe n'était pas précisé ont été exclues, car à

Variables et exclusions	Nombre	Justification
→ Femme (n=10'765) → Homme (n=7'298)	Exclusion Divers n=136	l'heure actuelle, le sexe constitue une variable démographique centrale et pertinente pour l'analyse et la comparaison entre les groupes.
Aucun des diagnostics principaux étudiés comme diagnostic principal → Aucune maladie indiquée comme diagnostic principal (n=11 985) → Maladies neurologiques (n=1 184) → Maladies cardiovasculaires (n=2 287) → Cancers (n=1 351) → Maladies musculosquelettiques (n=1 256)	6'078 Exclusion n=11'985	Les personnes présentant une autre maladie comme diagnostic principal ont été exclues afin de pouvoir établir les groupes de diagnostics principaux.

Tableau 2: homogénéisation de l'échantillon à l'aide de critères d'exclusion

3.3 Approche méthodologique

L'analyse repose sur des méthodes statistiques purement descriptives. Les fréquences, les moyennes et les répartitions en pourcentage ont été calculées. De plus, des tableaux croisés et des représentations graphiques ont été utilisés afin de mettre en évidence les différences entre les sexes et les groupes de diagnostic. Des méthodes statistiques inférentielles plus complexes n'ont délibérément pas été utilisées, car l'objectif était uniquement d'illustrer les structures de données existantes et leurs possibilités d'utilisation.

3.4 Résultats

3.4.1 Principaux groupes de diagnostic

Quatre principaux groupes de diagnostics ont été constitués pour l'analyse descriptive :

Indication	Codes diagnostiques	Total	Femmes	Hommes
Maladies musculosquelettiques	II1A (fracture de la hanche) II1B (autres fractures)	1'256	992	264
Maladies cardiovasculaires	II1K (maladie coronarienne) II1L (insuffisance cardiaque)	2'287	1'288	999
Maladies neurologiques	II1H (Parkinson) II1C (Alzheimer) II1D (autres maladies neurocognitives) II1J (accident vasculaire cérébral)	1'184	632	552
Maladies oncologiques	II1S	1'351	619	732

Tableau 3: Groupes de diagnostic principaux y compris nombre total /femmes/hommes

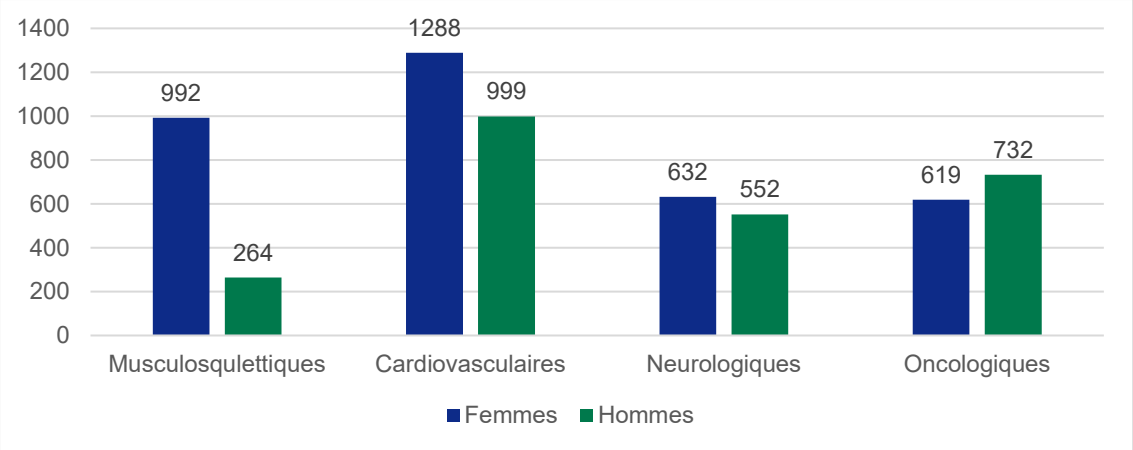


Illustration 2: nombre de clientes/clients par groupe de diagnostic principaux et par sexe

3.4.2 Analyse d'indicateurs choisis

Après avoir constitué les principaux groupes de diagnostics, les indicateurs centraux relatifs aux soins des personnes âgées ont été analysés. L'accent a été mis sur les aspects liés aux

besoins en soins et à l'aide au quotidien, notamment l'aide informelle, les soins formels, les aides techniques d'urgence et la prise de médicaments. Ces facteurs peuvent fournir des indications sur les différences dans la situation en matière de soins et sur sa stabilité dans l'environnement domestique.

Remarque importante :

La présente analyse est purement descriptive. Aucune autre méthode statistique n'a été utilisée. L'objectif est uniquement de montrer quelles données sont disponibles et quelles possibilités d'utilisation elles pourraient offrir. Il n'y a pas d'interprétations ni d'analyses approfondies ; celles-ci seraient possibles dans une prochaine étape et pourraient alors répondre de manière ciblée à des questions intéressantes.

Soutien informel

La variable «soutien informel» indique si les personnes nécessitant des soins peuvent compter sur leurs proches, leurs connaissances ou leurs voisins pour les aider dans leur vie quotidienne. Cette forme d'aide revêt une grande importance dans les soins ambulatoires, car elle soulage les soignantes et soignants et permet souvent de rester à domicile.

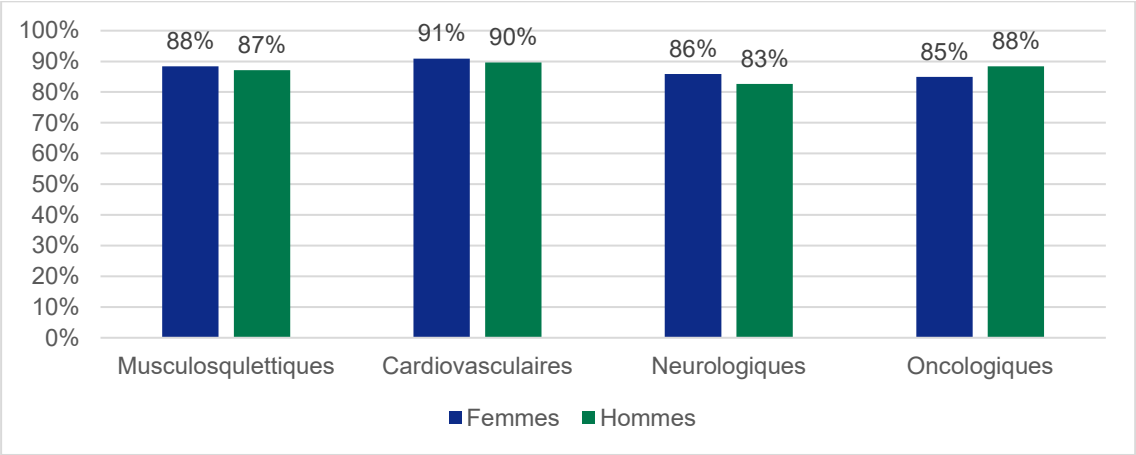


Illustration 3: présence d'un soutien informel

La majorité des clientes et clients bénéficient d'un soutien informel (83 à 91 %). Ce pourcentage est légèrement inférieur dans le cas des maladies neurocognitives et le plus élevé chez les deux sexes dans le cas des maladies cardiovasculaires. À l'exception des cancers, le pourcentage de soutien informel est plus élevé chez les femmes.

Les membres de la famille ou les amis sont dépassés par la maladie de la personne

La variable «la famille se sent dépassée» (IF7D) indique si les membres de la famille ou les proches se sentent dépassés sur le plan émotionnel ou organisationnel par la situation de soins.

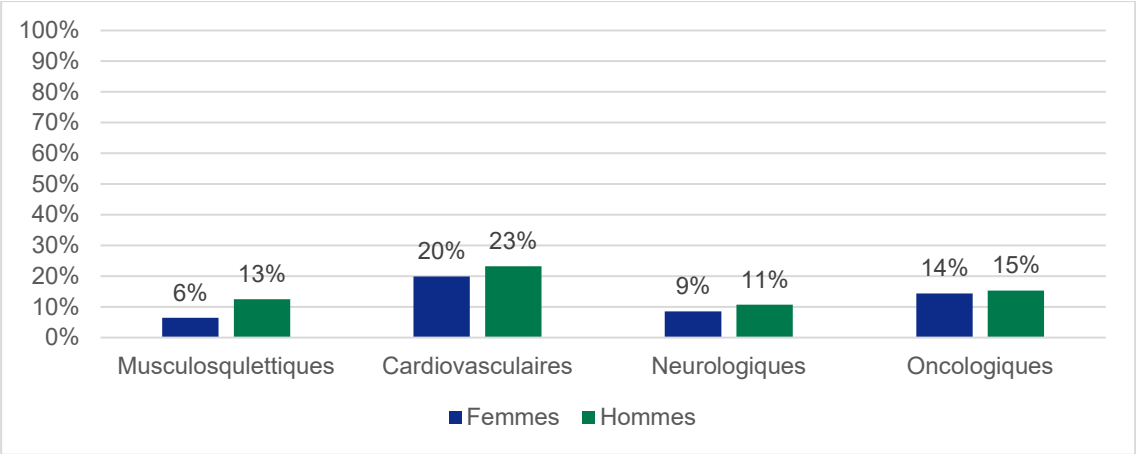


Illustration 4: surcharge des proches.

Les proches de personnes atteintes de maladies cardiovasculaires se sentent le plus souvent dépassés (20 % et 23 %), suivis par ceux de personnes atteintes d'un cancer (14 % et 15 %). On constate également que les proches qui s'occupent d'hommes déclarent plus souvent se sentir dépassés.

Grade-Mix

Les organisations d'aide et de soins à domicile emploient des soignantes et soignants ayant différents niveaux de formation. On distingue les niveaux de qualification suivants :

- Soignantes/soignants de niveau tertiaire (CHN2B) (p. ex. infirmières/infirmiers diplômés ES/HES)
- Soignantes/soignants de niveau secondaire II (CHN2A) (p. ex. assistants en soins et santé communautaire (ASSC))
- Auxiliaires de santé sans formation formelle (CHN2C) (p. ex. auxiliaires de santé CRS)

Le «grade mix» décrit la proportion des groupes professionnels impliqués dans les soins directs et dépend de plusieurs facteurs : les besoins en soins des clientes et clients, les conditions structurelles, les exigences du mandat de prestations, le marché du travail et les ressources financières de l'organisation.

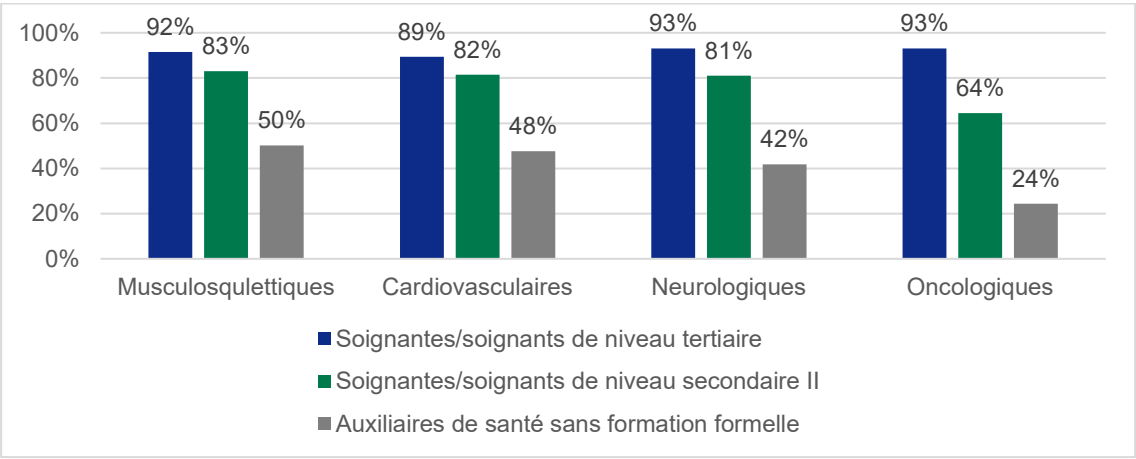


Illustration 5: personnel mobilisé.

Le personnel soignant du niveau tertiaire est fortement sollicité pour tous les diagnostics principaux (89 à 93 %). Chez les soignantes et soignants du niveau secondaire II, on observe des différences selon les maladies : alors qu'ils sont sollicités dans 83 % des cas pour les maladies musculosquelettiques, ce chiffre tombe à 64 % pour les cancers. C'est dans les cas d'oncologie que la proportion d'auxiliaire de santé est la plus faible (24 %), et dans les maladies musculosquelettiques qu'elle est la plus élevée (50 %).

Soutien technique en cas d'urgence

La variable «soutien en cas d'urgence» (iQ3A) indique si la personne accompagnée dispose d'un dispositif technique d'assistance en cas d'urgence, par exemple un téléphone avec bouton d'appel d'urgence, un système d'appel d'urgence à domicile ou tout autre dispositif technique similaire. Ces systèmes permettent de donner rapidement l'alerte en cas de crise et renforcent la sécurité, en particulier pour les personnes vivant seules ou exposées à des risques de chute.

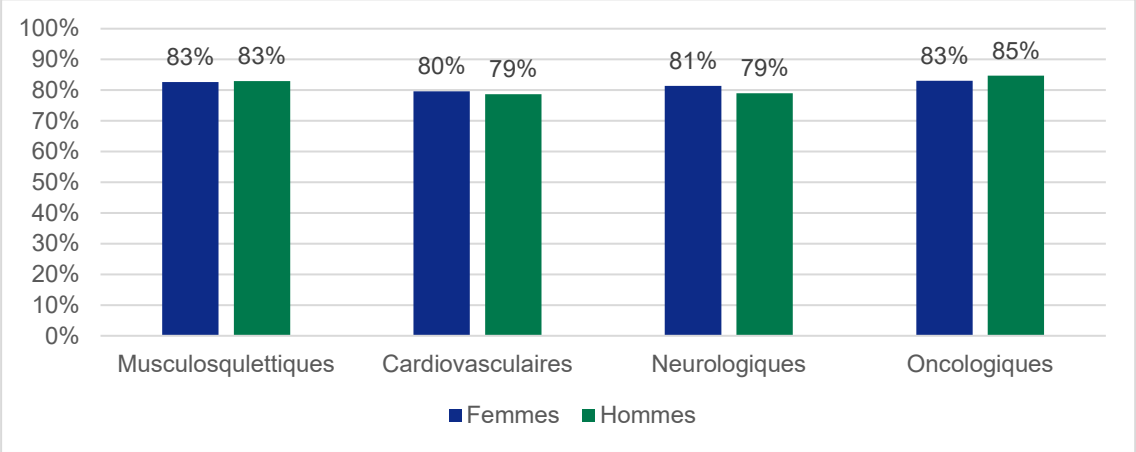


Illustration 6: présence d'un soutien technique.

La couverture est globalement élevée (79 à 85 %). La répartition entre les sexes semble également être égale.

Prise de médicaments

La variable «utilisation de médicaments» (iM14) recense le nombre de médicaments – prescrits et non prescrits – qui ont été administrés et pris au cours des trois jours précédant l'évaluation des besoins. Elle sert d'indicateur de la complexité du traitement, de la présence de multimorbidité et de l'état de santé général de la personne accompagnée.

Le nombre moyen de médicaments pris varie considérablement en fonction du diagnostic principal et du sexe :

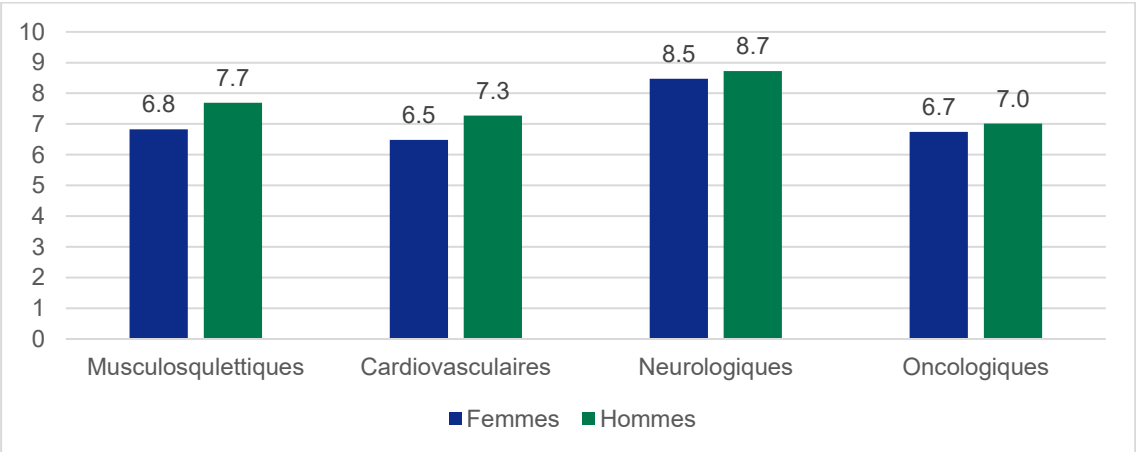


Illustration 7: prise de médicaments.

Dans toutes les catégories, plus de 6 médicaments en moyenne sont pris au cours des trois jours précédant l'évaluation des besoins. Les hommes prennent systématiquement plus de médicaments. Les valeurs maximales sont observées dans les maladies neurocognitives (8,7 médicaments chez les hommes) et les valeurs minimales dans les maladies oncologiques (7 médicaments chez les hommes).

Chute au cours des 30 derniers jours

La variable «chute au cours des 30 derniers jours» (iJ1G) indique si une personne a fait une ou plusieurs chutes au cours des 30 jours précédant l'évaluation des besoins.

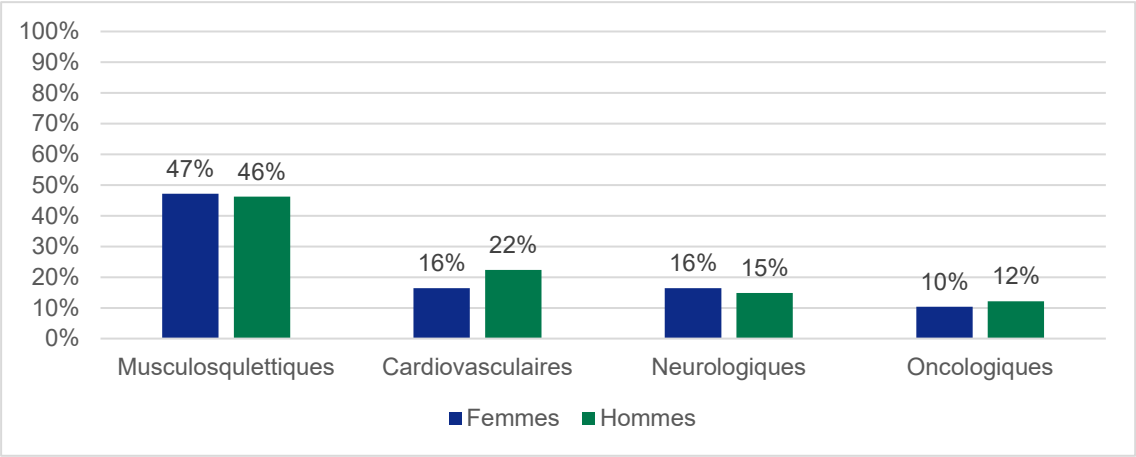


Illustration 8: Au moins une chute au cours des 30 derniers jours.

Le taux de chutes le plus élevé concerne les troubles musculosquelettiques (47 %). On observe également une prévalence plus élevée chez les hommes dans le groupe de diagnostics principaux des maladies cardiovasculaires. L'évaluation descriptive montre que dans tous les groupes de diagnostics principaux, au moins 10 % des clientes et clients ont fait une chute au cours des 30 derniers jours.

3.5 Discussion

Les résultats montrent clairement que la situation des personnes âgées en matière de soins varie considérablement en fonction du tableau clinique et du sexe. Les femmes bénéficient plus souvent d'un soutien informel, tandis que les proches des hommes font plus souvent état d'une surcharge. Dans le cas des cancers, une proportion relativement élevée de personnel qualifié est mobilisée. Les aides techniques sont largement utilisées, ce qui souligne l'importance des mesures préventives pour la sécurité à domicile. Il est également frappant de constater que les hommes prennent en moyenne plus de médicaments que les femmes.

L'analyse montre que les fractures sont souvent liées à des chutes, ce qui prouve la pertinence de la prévention des chutes. Dans l'ensemble, il apparaît clairement que la combinaison de données médicales, fonctionnelles et psychosociales permet d'obtenir des informations différenciées sur les situations individuelles en matière de soins et peut servir de base à des interventions ciblées.

4 Conclusion

En résumé, il apparaît que les données HCD constituent une base précieuse pour l'analyse des différences en matière de soins. Les résultats disponibles montrent à quel point la situation en matière de soins dépend du sexe et du diagnostic principal. Une prise en compte différenciée de ces facteurs est indispensable pour planifier de manière adéquate les prestations de soutien ambulatoires. Les analyses suggèrent que l'utilisation systématique de ces données peut améliorer considérablement la prise de décisions fondées sur des preuves dans le domaine des soins à domicile.

5 Bibliographie

Office fédéral de la santé publique OFSP. (22. 04 2024). *Soins et aide à domicile: Chiffres clés 2022*. https://www.bag.admin.ch/de/krankenpflege-und-hilfe-zu-hause-kennzahlen consulté

Dutoit, L., & Pellegrini, S. (2020). Soins à domicile: nouvelles données. (S. G. (Obsan), Hrsg.) *Obsan Bulltin, 1/2020*. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-08/obsan_bulletin_2020-01_f.pdf consulté

Hirdes, J., Curtin-Telegdi, N., Rabinowitz, T., Fries, B., Morris, I., Ikegami, N., . . . Ljunggren, G. (2022). *interRAI Community Mental Health Schweiz (interRAI CMHschweiz) Bedarfsabklärungsinstrument und Handbuch.* Washington, DC: interRAI.

Morris, J., Fries, B., Bernabei, R., Steel, K., Ikegami, N., Carpenter, G., . . . Berg, K. (2022). *interRAI Home Care Schweiz (interRAI HCschweiz) Bedarfsabklärungsinstrument und Handbuch. Deutschsprachige Ausgabe für die Schweiz.* Washington, DC: interRAI.

Aide et soins à domicile Suisse. (2022). *Règlement HomeCareData.* de https://www.spitex-instrumente.ch/fileadmin/user_upload/Dateien/HCD/Reglement_HomeCareData.pdf consulté

Annexe

Annexe A: domaines et exemples de variables

Domaine	Variables	Type de données
Domaine A: données administratives et motifs d'évaluation	• Sexe • Année de naissance • État civil • Motif de l'évaluation • Situation en matière de logement • Forme de cohabitation • Temps écoulé depuis le dernier séjour à l'hôpital	• Nominal 1-3 • Métrique • Nominal 1-4 • Nominal 1-7 • Nominal 1-13 • Nominal 1-8 • Ordinal 0-5
Domaine B: admission et antécédents	• Nationalité • Historique des lieux de résidence au cours des cinq dernières années	• Nominal + texte libre • Codage a-e
Domaine C: capacités cognitives	• Mémoire à court terme • Mémoire situationnelle • Fluctuations quotidiennes des capacités cognitives	• Ordinal binaire • Ordinal binaire • Ordinal 0-2
Domaine D: communication et vision	• Capacité d'expression, verbale et non verbale • Vision – éclairage adéquat, si nécessaire avec des aides visuelles	• Ordinal 0-4
Domaine E: humeur et comportement	• Fait des remarques négatives sur le sens de la vie • S'inquiète de manière répétée pour sa propre santé	• Ordinal 0-3
Domaine F: bien-être psychosocial	• A peur des membres de sa famille ou d'une ou plusieurs personnes proches • Durée de la solitude pendant la journée (matin et après-midi)	• Ordinal 0-8
Domaine G: capacités physiques	• Performances IADL effectives et performances présumées • Performances dans les activités de la vie quotidienne : performances BADL	• Ordinal 0-8
Domaine H: continence	• Continence urinaire • Continence fécale	• Ordinal 0-8
Domaine I: diagnostics médicaux	• Maladies musculosquelettiques • Maladies cardiaques/pulmonaires	• Ordinal 0-3
Domaine J: état de santé	• Chutes • Équilibre • Troubles du sommeil • Consommation de tabac • Consommation d'alcool	• Ordinal 0-2 • Ordinal 0-4 • Ordinal 0-4 • Ordinal 0-2 • Ordinal 0-3
Domaine K: état bucco-dentaire et nutritionnel	• Taille et poids • Régime alimentaire	• Métrique • Ordinal binaire
Domaine L: état de la peau	• Anciennes escarres • Problèmes aux pieds	• Nominal binaire • Ordinal 0-4
Domaine M: médicaments	• Nombre de médicaments • Allergies aux médicaments	• Métrique • Ordinal binaire
Domaine N: traitements	• Chimiothérapie • Oxygénothérapie • Réseau d'aide formel, par ex. infirmières/infirmiers	• Ordinal 0-3 • Ordinal 0-3 • Nominal binaire, a-j
Domaine O: responsabilités, décisions	Directives anticipées/mandat pour cause d'inaptitude	• Nominal binaire
Domaine P: soutien informel	• Nombre d'aidants informels • Situation de la personne aidante	• Métrique • Ordinal binaire, a-c
Domaine Q: évaluation du cadre de vie	• Vit dans un logement adapté • Finances	• Nominal binaire • Nominal binaire
Domaine R: prévision de sortie	• Changement significatif de l'autonomie	• Ordinal 0-2

Domaine	Variables	Type de données
Domaine S: informations sur l'évaluation	*Signatures : identification de la personne ayant procédé à l'évaluation à l'aide de l'instrument et celle ayant complété la documentation*	
Domaine Z: sortie	• Dernier jour de recours aux prestations de l'Aide et soins à domicile • Sortie, par exemple d'une clinique de soins aigus, d'un EMS	• Métrique • Nominal 1-14

Tableau 4: domaines et variables du jeu de données HCD.

Annexe B: Utilisation HCD selon adhésion

Le tableau 1 présente la répartition des organisations recensées selon leur utilisation de HCD et leur adhésion à Aide et soins à domicile Suisse, sur la base des chiffres clés de l'OFSP pour 2023. Sur un total de 1254 organisations enregistrées, 244 utilisent HCD, dont 202 sont membres d'Aide et soins à domicile Suisse. Le nombre plus élevé d'utilisateurs de HCD s'explique par le fait que certaines organisations apparaissent plusieurs fois dans le tableau de l'OFSP.

HCD	Membre	Non-membre	Total
Utilisateurs	202	42	244
Non-utilisateurs	154	796	950
Non catégorisable	19	41	60
Total	**375**	**879**	**1254**

Tableau 5: utilisation HCD selon adhésion à Aide et soin à domicile Suisse

Annexe C: Utilisation HCD selon typologie

Les organismes responsables des organisations ont également été recensés. Le tableau 2 montre que le pool de données HCD est alimenté à 91 % par des organisations à but non lucratif. 22 organisations à but lucratif font partie de HCD. 60 ont été exclues de l'analyse car elles ne sont pas considérées comme des organisations d'aide et de soins à domicile typiques (par exemple, la Ligue pulmonaire, la Ligue contre le cancer, etc.).

HCD	À but lucratif	À but non lucratif	Total
Utilisateurs	22	222	244
Non-utilisateurs	655	295	950
Non catégorisable	0	60	60
Total	**677**	**577**	**1254**

Tableau 6: utilisation HCD selon typologie des organismes responsables