

Feuille d'information 101

«Daheim statt Heim» – Projet pilote pour le soutien à l'autogestion des personnes âgées lors de soins stationnaires de courte durée

Enseignements tirés de la phase pilote et de l'auto-évaluation 2020-2022

Résumé

Pour les personnes du quatrième âge, une hospitalisation en soins aigus est souvent suivie d'un bref séjour dans un établissement de soins de longue durée. Cette étape intermédiaire entre dans la catégorie des soins de courte durée. Pour que les personnes âgées puissent rentrer chez elles après un tel séjour, leurs capacités d'autosoins et d'autogestion doivent être renforcées systématiquement. Le projet pilote «Daheim statt Heim» (à la maison plutôt qu'en EMS) a développé, sous la direction de l'Institut für Angewandte Pflegewissenschaft (IPW) de la Haute école spécialisée de Suisse orientale (OST), une offre spécifique à cette fin. L'offre a été testée dans trois établissements médico-sociaux (EMS) des cantons de St-Gall et de Thurgovie. Ce programme modulaire a permis d'améliorer les connaissances et l'attitude des professionnel-le-s de la santé, ce qui, par la suite, a influencé positivement les capacités fonctionnelles des patient-e-s (ci-après «les bénéficiaires»), nécessaires à un retour pérenne au domicile.

Un modèle de développement d'affaires a également été élaboré et testé pour soutenir les EMS dans la recherche de solutions de financement durables des soins de courte durée.

Le projet «Daheim statt Heim» a été soutenu par Promotion Santé Suisse de 2020 à 2022 dans le cadre du soutien de projets Prévention dans le domaine des soins (PDS).

Impacts obtenus

Au niveau des multiplicateur-trice-s:

Le programme a permis d'améliorer les connaissances et l'attitude des professionnel-le-s de la santé en matière d'approche orientée vers les ressources et centrée sur la personne et de collaboration interprofessionnelle.

Au niveau des patient-e-s (bénéficiaires):

La participation au programme a majoritairement contribué à améliorer les capacités fonctionnelles des personnes âgées et leur qualité de vie en termes de santé, durant le séjour en EMS et trois mois après la sortie.

Table des matières

1	Le projet «Daheim statt Heim»	2
2	Mise en œuvre et impacts	2
3	Conclusion	7
4	Données clés du projet «Daheim statt Heim»	8

1 Le projet «Daheim statt Heim»

Le retour au domicile après une hospitalisation en soins aigus représente souvent un défi de taille pour les personnes du quatrième âge, polymorbides et fragiles. Après une maladie aiguë, elles ont besoin de plus de temps que les personnes plus jeunes pour recouvrer leurs capacités fonctionnelles et pouvoir de nouveau accomplir les tâches quotidiennes (p. ex. se laver, s'habiller ou utiliser les toilettes) de manière autonome. La solution réside alors souvent dans un séjour en établissement de soins de longue durée. Ce type de prise en charge se nomme également soins aigus ou de transition, ou soins de courte durée. Pour que les personnes âgées puissent rentrer chez elles après un tel séjour, leurs capacités d'autosoins et d'autogestion doivent être renforcées systématiquement. Les offres et concepts spécifiques au soutien à l'autogestion font encore largement défaut dans les établissements de soins de longue durée.

Pour remédier à cela, le projet pilote «Daheim statt Heim» a développé un programme modulaire pour le soutien à l'autogestion des personnes âgées occupant une place temporaire en EMS après un séjour hospitalier. Un modèle de développement d'affaires a été élaboré en parallèle, dont le but est de garantir à long terme un accès égalitaire aux offres de soins de courte durée centrées sur l'autogestion.

2 Mise en œuvre et impacts

2.1 Ressources, mise en œuvre et prestations du projet

Le projet a été initié et mis en œuvre sous la conduite de l'Institut für Angewandte Pflegewissenschaft (IPW) de la Haute école spécialisée de Suisse orientale (OST). Le consortium du projet comprenait aussi des représentant-e-s de la politique (département de la santé de St-Gall) et des caisses-maladie (Helveta et CSS). Pour la mise en pratique, trois EMS des cantons de St-Gall et de Thurgovie, également

intégrés dans le consortium, ont pu être recrutés. Cette structure de projet a permis de garantir que l'ensemble des personnes concernées s'investissent dès le départ dans le programme de soutien à l'autogestion et d'intégrer les inputs des stakeholders clés dans le modèle de développement d'affaires.

Les ressources financières allouées au projet se montaient au total à CHF 281 600, dont CHF 199 000 fournis par le soutien de projets PDS (tableau 1). La gestion et la coordination du projet, la communication, le marketing, la formation continue, ainsi que l'infrastructure et l'administration ont été financés à hauteur de CHF 98 400. Le développement du programme de soutien à l'autogestion et son implémentation dans les EMS se sont vu attribuer CHF 126 200. Un montant de CHF 37 000 a été dévolu à l'élaboration et à la mise en œuvre du modèle de développement d'affaires. Les CHF 20 000 restants ont financé l'auto-évaluation du projet pilote.

TABLEAU 1

Compte du projet «Daheim statt Heim»

	2020 (1 ^{re} année du contrat)	2021/2022 (2 ^e année du contrat) ¹
Recettes		
Promotion Santé Suisse	81 000	118 000
Ressources propres (total) <i>dont ressources humaines</i>	18 300	34 300
	-	-
Ressources externes (consortium)	6 000	24 000
Dépenses		
Gestion/coordination du projet	10 000	10 000
Formation/formation continue	5 000	8 000
Communication/marketing	10 000	31 000
Évaluation	3 000	17 000
Infrastructure/administration	10 700	13 700
Spécifique au projet: développement et implémentation du projet	51 600	74 600
Spécifique au projet: développement et mise en œuvre du modèle de financement	15 000	22 000

¹ Prolongation du projet jusqu'au 30 juin 2022 en raison de la pandémie de coronavirus.

Le projet «Daheim statt Heim» poursuivait les objectifs suivants:

- Développer et évaluer un programme visant à soutenir les autosoins et l'autogestion des personnes âgées sollicitant une place en EMS pour un court séjour à leur sortie de l'hôpital. Le but du programme est de lutter contre la dépendance précoce aux soins et d'améliorer l'autonomie et la qualité de vie des bénéficiaires.
- Analyser la situation insatisfaisante en matière de financement des soins de courte durée en vue de soutenir l'autogestion et de créer un modèle de développement d'affaires.

2.1.1 Programme de soutien à l'autogestion et implémentation

Le programme de soutien à l'autogestion a été développé dans une **approche participative** sur la base des données scientifiques actuelles et avec l'implication de tous les principaux stakeholders (professionnel-le-s de la santé y c. médecins, personnes âgées en situation de dépendance et leurs proches). Les besoins et réalités institutionnelles des trois établissements pilotes ont été discutés dans le cadre d'ateliers interprofessionnels, afin d'ajuster le programme modulaire à chaque situation. L'acceptation du programme par les professionnel-le-s de la santé a ainsi pu être renforcée.

La **version finale du programme** repose sur quatre piliers (figure 1). La culture de prise en charge orientée vers les ressources et centrée sur la personne (RES&P) représente le premier pilier. Son objectif est de développer une compréhension commune de l'approche RES&P dans une démarche interprofessionnelle. Le deuxième pilier (planification des soins orientée vers les ressources et centrée sur la personne) traite de la planification des soins et de la prise en charge appropriées. Le troisième pilier se concentre sur le soutien à la compétence motrice. Lors de l'admission en court séjour de la personne concernée, une évaluation ciblée de la compétence motrice est effectuée par un-e kinésithérapeute. Cet assessment sert de base au développement de la compétence motrice dans la planification RES&P des soins et de la prise en charge.

La mise en œuvre du programme dans le quatrième pilier s'opère au travers de coaching et de conseil. À ce stade, on recourt à l'intervention de «champions», c'est-à-dire des personnes chargées de poursuivre le programme en EMS, qui sont accompagnées par le biais d'un coaching.

Le programme **a pu être mis en œuvre comme prévu dans les trois établissements pilotes**. Le taux de participation a atteint 75%, non loin des 80% visés. L'implémentation a rencontré un niveau d'acceptation élevé dans les établissements pilotes.

FIGURE 1

Les quatre piliers du programme de soutien à l'autogestion des personnes âgées après un séjour hospitalier, développés et testés par le projet «Daheim statt Heim», 2022



RES&P: approche orientée vers les ressources et centrée sur la personne

2.1.2 Élaboration du modèle de développement d'affaires

Le financement actuel des soins de courte durée, dans lesquels s'inscrit le projet «Daheim statt Heim», ne satisfait ni les personnes concernées, ni les institutions. En sus de la quote-part pour les prestations de soins et de prise en charge, les personnes concernées doivent prendre à leur charge les coûts des prestations d'hôtellerie, tout en continuant à payer le loyer de leur domicile. **Cette situation constitue un obstacle à l'accès aux soins de courte durée pour les personnes disposant de moyens financiers modestes.** Pour les 14 premiers jours de prise en charge, les établissements facturent les prestations de soins conformément par une ordonnance pour les soins aigus et de transition. Au-delà de cette période, les prestations tombent sous le régime de financement des soins. Les établissements de soins ont ainsi peu d'intérêt à proposer une offre de soins de courte durée orientée sur la réhabilitation.

Le modèle de développement d'affaires a été élaboré en trois étapes:

1. Atelier avec les trois établissements pilotes, ainsi que des représentant-e-s des caisses-maladie, pour cerner la situation de départ et les défis à relever.
2. Entretiens avec des expert-e-s aux niveaux national, cantonal et communal. Les résultats ont servi de base à l'élaboration d'une première proposition de modèle de développement d'affaires.
3. Atelier avec une sélection d'expert-e-s et les établissements pilotes, pour discuter de la portée et de la faisabilité de la proposition.

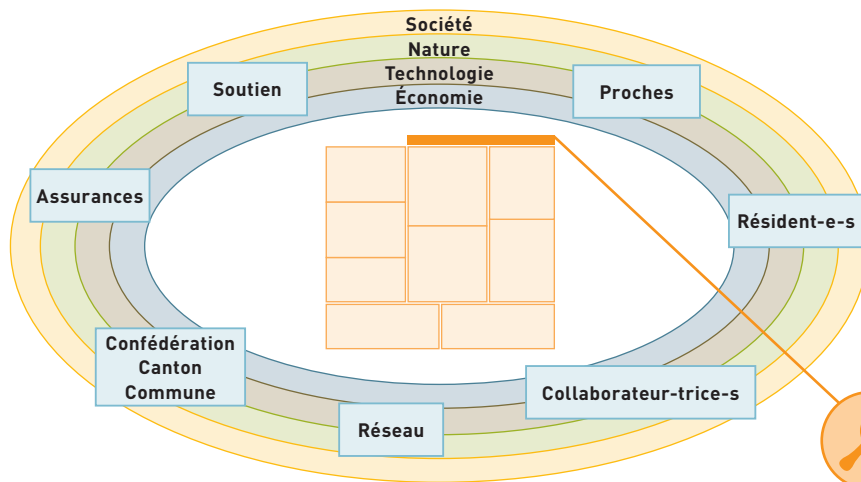
Le modèle de développement d'affaires «Daheim statt Heim» combine le modèle de management de St-Gall (SGMM), pour l'anneau extérieur, et le Business Model Canvas (BMC), au centre. Les deux éléments ont été adaptés aux réalités économiques des établissements de soins (figure 2). Les sphères environnementales du SGMM, que sont la société, la nature, la technologie et l'économie, forment le contexte global dans lequel l'offre s'inscrit. Les parties prenantes (p. ex. les groupes cibles, le personnel et les investisseur-euse-s) et leur pertinence pour l'entreprise sont également décrites à ce niveau. **Cette partie du modèle peut être transposée à d'autres établissements de soins stationnaires de courte durée de Suisse alémanique.**

Au centre du modèle figure le BMC qui sert d'outil de visualisation du modèle de développement d'affaires. Il met en lumière ses promesses de prestation, sa valeur ajoutée et sa structure financière. Il répond à la question: «Qu'est-ce que j'offre à mes groupes cibles et combien coûte cette offre?» **Le modèle d'affaires au centre comporte des éléments propres à chaque établissement. Par conséquent, il doit être élaboré individuellement par le biais de questions ciblées.**

FIGURE 2

Modèle de développement d'affaires «Daheim statt Heim»

Le modèle de développement d'affaires «Daheim statt Heim» combine le modèle de management de St-Gall (SGMM)^a, pour l'anneau extérieur, et le Business Model Canvas (BMC)^b, au centre. Il répond à la question centrale «Qu'est-ce que j'offre à mes groupes cibles et combien coûte cette offre?» du point de vue de l'établissement qui mène une auto-réflexion, en se basant sur 9 caractéristiques distinctes (9 piliers).



Business Model Canvas (espace intérieur)

Business Model Canvas (espace intérieur)		Institution:	Date:
<p>Partenaires clés Liste des allié-e-s stratégiques → activités clés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qui sont nos allié-e-s les plus important-e-s? • Quel-le-s allié-e-s externes peuvent prendre en charge des activités hors domaines clés? • Quel-le-s allié-e-s externes peuvent nous aider à mettre en œuvre nos propositions de valeur? • De quel-le-s allié-e-s externes avons-nous besoin? <p>Exemples: partenariats, création de réseau, coopérations</p>	<p>Propositions de valeur Liste priorisée de propositions de valeur/ promesses de prestation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle valeur, quelle promesse de prestation offrons-nous au groupe cible? • À quels besoins du groupe cible répondons-nous avec nos prestations? • Quelle est notre valeur ajoutée unique par rapport à la concurrence? • Quels problèmes résolvons-nous? • Pourquoi est-il important de résoudre ce problème? • Quelle est la motivation sous-jacente à la résolution de ce problème? <p>Exemples: retour à la maison; meilleure qualité de vie possible; participation sociale (à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement)</p> <p>! La relation entre le groupe cible, ses besoins et les propositions de valeur représente l'aspect le plus important du BMC.</p>	<p>Relation aux groupes cibles Description de la relation & distinction par segments de groupes cibles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment communiquons-nous avec les groupes cibles pendant / au cours de la période de prestation? • Quel type de relation chaque segment de groupe cible attend-il de nous? • Comment créons-nous le lien avec le groupe cible et comment soignons-nous la relation? • Quelles relations avons-nous déjà établies? <p>Exemples: personnes de contact des soins; manifestations; service de réception téléphonique pour les admissions 24/24; personne de contact unique</p> <p>! Les possibilités d'automatisation future peuvent être identifiées ici.</p>	
<p>Activités clés Liste des activités clés → propositions de valeur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que devons-nous faire pour tenir nos promesses de prestation? • Comment pouvons-nous mettre en œuvre les propositions de valeur pour les groupes cible? • Quels sont nos domaines clés? • De quel-le-s allié-e-s externes avons-nous besoin? <p>Exemples: élaboration de prestations; palette de prestations; prestations de conseil; marketing</p> <p>! Porter un regard critique sur chaque prestation: fait-elle vraiment partie du domaine clé ou est-ce que des tiers peuvent s'en charger?</p>	<p>Canaux Liste des principaux canaux pour le marketing</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment communiquons-nous notre valeur ajoutée à l'externe? • Où pouvons-nous rencontrer de potentiels groupes cibles? • Sont-ils présents sur les réseaux sociaux ou écoutent-ils la radio? • Lisent-ils des magazines spécialisés ou participent-ils à des salons? • Comment les atteignons-nous maintenant? <p>Exemples: site web; réseaux sociaux; publicités dans la presse; manifestations telles que «Journée portes ouvertes», etc.</p> <p>! Si les segments de groupes cibles sont très différents, ils doivent être adressés par des canaux distincts.</p>	<p>Segments de groupes cibles Liste des segments de groupes cibles & profils</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quel(s) groupe(s) cible(s) atteignons-nous avec nos prestations? • À qui nos prestations s'adaptent-elles? • Pour qui résolvons-nous un problème? • Qui est notre groupe cible – les bailleur-euse-s de fonds ou les bénéficiaires des prestations? <p>Exemples: personnes âgées en soins aigus et de transition; personnes atteintes de cancer (soins palliatifs) ou de démence (dementia care); offres de soutien aux proches aidant-e-s</p> <p>! Étape clé: groupe cible compris = probabilité élevée que les prestations soient utilisées. S'il y a plusieurs groupes cibles, il est recommandé de prioriser.</p>	
<p>Ressources clés Liste des ressources clés → activités clés</p> <ul style="list-style-type: none"> • De quelles ressources spécifiques avons-nous besoin pour «survivre»? • De quoi avons-nous besoin pour déployer nos activités clés? • Quelles ressources clés sont nécessaires à la mise en œuvre de nos propositions de valeur? <p>Exemples: collaborateur-trice-s; infrastructure; matériel & outils; matériel informatique; électricité; eau</p>	<p>Structure des frais Liste des frais liés aux activités clés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les frais principaux en lien avec notre modèle d'affaires? • Quel est le coût de la mise en œuvre de nos activités clés? • Quel est le coût de nos ressources clés et de nos coopérations clés? <p>Exemples: frais de matériel; loyers et salaires; frais d'assurance</p> <p>! Une attention particulière doit être portée aux frais qui ne peuvent être attribués à une activité clé.</p>	<p>Sources de revenu Liste des bénéfices → segments de groupes cibles & propositions de valeur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment gagnons-nous de l'argent avec nos propositions de valeur? • Comment est conçu notre modèle de prix? • Nos services sont-elles facturées par prestation, au forfait ou individuellement? • Quelle est la contribution de chaque source de revenu au bénéfice global? <p>Exemple: politique tarifaire pour les taxes de traitement; prix fixe par prestation; forfait pour un ensemble de prestations; frais de service</p>	

a Source Modèle de management de St-Gall: <https://www.sgmm.ch>

b Source Business Model Canvas: <https://www.strategyzer.com/library/the-business-model-canvas>

2.2 Orientation impact, modèle d'impact et auto-évaluation du projet

Tous les projets soutenus par Promotion Santé Suisse sont tenus d'être orientés vers l'impact. Ils doivent baser leurs activités sur un modèle d'impact (figure 3) qui fait ressortir la logique d'impact recherchée.

Les impacts du projet «Daheim statt Heim» et certains aspects de sa mise en œuvre ont été vérifiés dans le cadre d'une auto-évaluation.

L'aspect **sommatif** de l'évaluation a mesuré l'impact (outcome) du programme de soutien à l'autogestion au **niveau des personnes concernées** (statut fonctionnel, atteinte des objectifs individuels, qualité de vie et possibilité de rentrer à la maison) et **au niveau des professionnel-le-s de la santé** (attitude et compétences en matière de prise en charge orientée vers les ressources et centrée sur la personne, collaboration interprofessionnelle). Différents instruments quantitatifs (outils d'assessment, questionnaires) ont servi à établir une comparaison avant-après. Trois temps de mesure ont été définis

pour les personnes concernées: à l'admission, à la sortie et trois mois après le retour au domicile pour le suivi. Pour les professionnel-le-s de la santé (multiplicateur-trice-s), deux temps de mesure ont été instaurés: avant et après l'intervention (introduction du programme de soutien à l'autogestion). L'aspect **formatif** de l'évaluation a porté sur l'analyse des facteurs favorables et défavorables à la mise en œuvre. Des méthodes qualitatives (entretiens individuels et collectifs), avec analyse de contenu, ont été appliquées ici.

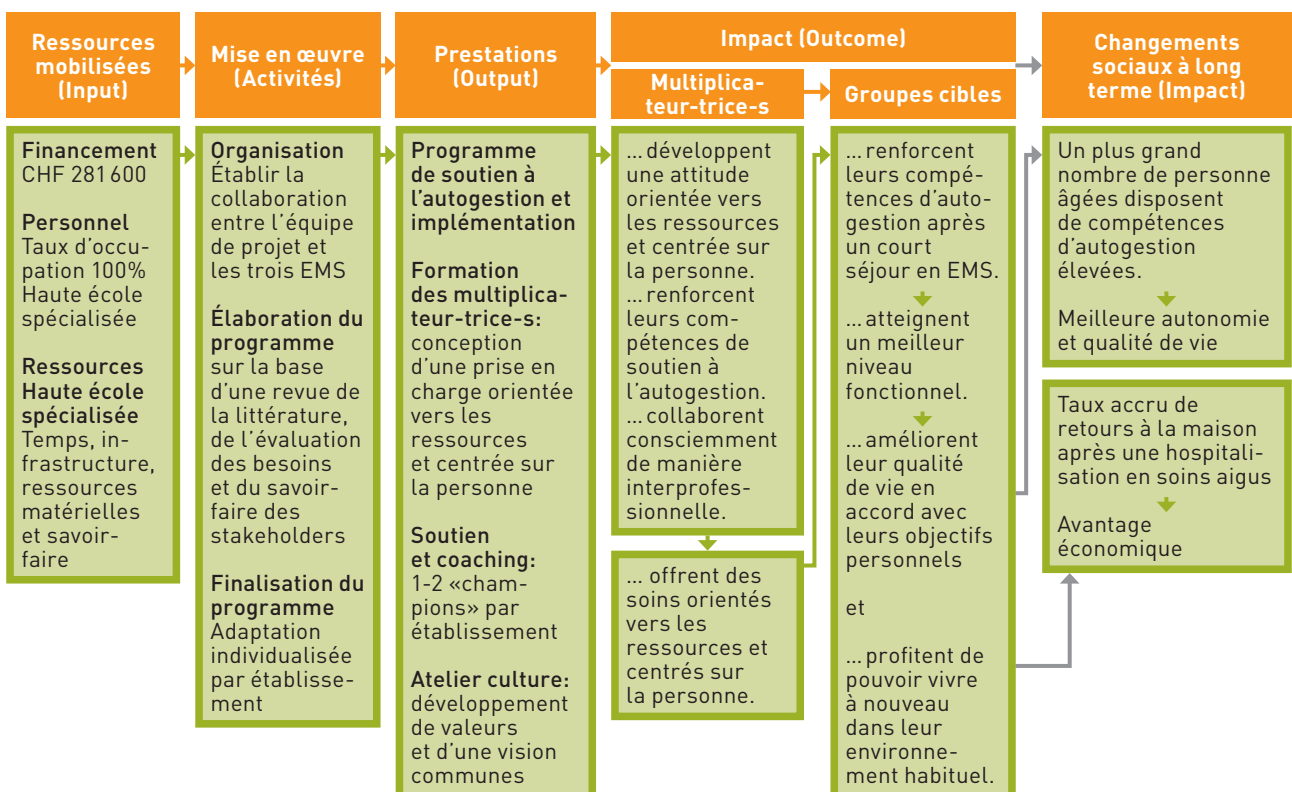
2.2.1 Impact sur les bénéficiaires (groupe cible)

L'impact sur les 27 personnes âgées ayant sollicité le programme se présente comme suit:

- La fonctionnalité a pu être augmentée de 66 à 85 points en moyenne (index de Barthel).
- La qualité de vie en termes de santé (EQ-5D-3L) a pu être améliorée entre le temps de mesure à l'admission et celui effectué trois mois après le retour au domicile (de 61 à 76 points sur l'échelle analogue visuelle).

FIGURE 3

Modèle d'impact du projet «Daheim statt Heim» pour le soutien à l'autogestion dans les soins de courte durée



- 68% des personnes concernées ont atteint l'objectif individuel final, 24% l'ont atteint partiellement et 8% ne l'ont pas atteint.

Globalement, le programme a contribué à une **amélioration de la fonctionnalité et de la qualité de vie des bénéficiaires durant le séjour et trois mois après le retour à la maison.**

2.2.2 Impacts sur les professionnel-le-s de la santé (multiplicateur-trice-s)

Plus de 80 professionnel-le-s de la santé ont été impliqué-e-s dans le programme. Les résultats aux questionnaires sur les pratiques centrées sur la personne (PCPI-S)² et sur la collaboration interprofessionnelle (AITCS-II)³ montrent une tendance à l'amélioration.

Dans l'ensemble, les ateliers ont été évalués comme très positifs et les coachings ainsi que les instruments du programme, comme utiles. Le programme a atteint un niveau d'acceptation élevé de la part des professionnel-le-s de la santé impliqué-e-s. Selon leurs témoignages, la participation aux ateliers a permis d'améliorer différents aspects, tels que l'implication des personnes concernées et de leurs proches.

Globalement, le programme a permis d'améliorer les connaissances et l'attitude des professionnel-le-s de la santé en matière d'approche orientée vers les ressources et centrée sur la personne et de collaboration interprofessionnelle.

3 Conclusion

Sur la base des résultats disponibles, le projet pilote «Daheim statt Heim» est considéré comme un succès. Dans une phase ultérieure, il est prévu de se concentrer sur les points suivants:

- Implémentation du programme de soutien à l'autogestion des personnes âgées en tenant compte des points suivants:
 - Les contenus des quatre piliers du programme doivent être mieux coordonnés entre eux.

- Une attention particulière doit être portée à la communication intra- et interinstitutionnelle au sujet du programme.
- Le coaching, en tant que mesure de soutien, doit être proposé plus fréquemment. Les professionnel-le-s doivent disposer des compétences spécialisées et de coaching nécessaires.

- Analyse approfondie du programme pour répondre notamment aux questions suivantes:
 - À quel groupe de personnes le programme profite-t-il en particulier?
 - Comment la planification de la sortie peut-elle gagner en efficacité?
 - Comment la culture orientée vers les ressources et centrée sur la personne peut-elle être promue durablement?
 - Quelles sont les stratégies et pratiques les plus efficaces pour ancrer durablement le programme au sein d'un établissement?
- Application et évaluation, scientifiquement accompagnées, du nouveau modèle de développement d'affaires, au cours d'une prochaine étape.

3.1 Potentiel de l'approche testée

L'approche testée dans le projet pilote «Daheim statt Heim» a démontré des effets positifs.

Grâce à son impact sur le statut fonctionnel et l'autogestion, l'approche a démontré son potentiel de permettre aux personnes âgées un retour pérenne à la maison après un court séjour en EMS. Le programme et ses instruments peuvent être adoptés par les établissements de soins de longue durée en les adaptant à leur contexte spécifique.

Avec le modèle de développement d'affaires, élaboré dans le cadre du projet pilote, les établissements intéressés disposent d'une base pour la planification budgétaire et le financement durable d'une telle offre.

Le projet «Daheim statt Heim» entend combler une lacune importante dans la prise en charge des soins par le système de santé suisse. Il s'avère particulièrement

² Weis, M. L. D., Wallner, M., Köck-Hódi, S., Hildebrandt, C., McCormack, B. & Mayer, H. (2020). German translation, cultural adaptation and testing of the Person-centred Practice Inventory – Staff (PCPI-S). *Nursing Open*, 7(5), 1400-1411.

³ Orchard, C. A., King, G. A., Khalili, H. & Bezzina, M. B. (2012). Assessment of interprofessional team collaboration scale (AITCS): Development and testing of the instrument. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32(1), 58-67.

rement pertinent à la lumière des mesures visant à maîtriser les coûts de la santé et en marge de l'évolution vers des modèles de soins intégrés.

Un mandat complémentaire a pu être lancé en 2023, dans le cadre duquel le nouveau modèle de développement d'affaires «Daheim statt Heim» peut être

testé et affiné en collaboration avec deux établissements de soins stationnaires de longue durée. Les résultats tirés de ce deuxième mandat sont résumés dans un policy brief et mis à disposition des décideur-euse-s des secteurs de l'économie (de la santé) et de la politique (de la santé).

4 Données clés du projet «Daheim statt Heim»

Projet

«Daheim statt Heim» – Soutien à l'autogestion des personnes âgées lors de soins stationnaires de courte durée

Organisations porteuses du projet

- Haute école spécialisée de la Suisse orientale (OST), Institut für Angewandte Pflegewissenschaft (IPW)
- Kompetenzzentrum Gesundheit und Alter der Ortsbürgergemeinden St. Gallen
- Alters- und Pflegeheim Werdenberg, Grabs
- Genossenschaft Alterszentrum Kreuzlingen
- Helsana Assurances SA
- CSS Assurance
- Fondation Pro Senectute du canton de St-Gall

Responsable du projet au sein de l'Institut für Angewandte Pflegewissenschaft (IPW)

- Prof. Dr Heidrun Gattinger, heidrun.gattinger@ost.ch
- Prof. Dr Myrta Kohler, myrta.kohler@ost.ch
- Rouven Brenner, rouven.brenner@ost.ch

Durée du soutien

Du 1.1.2020 au 30.6.2022; rapport de projet final et rapport d'évaluation le 1.9.2022

Financement

- Total des coûts: CHF 281 600
- Part soutien de projets Promotion Santé Suisse: CHF 199 000
- Contribution de l'organisation responsable: CHF 52 600
- Contribution de tiers (p. ex. sponsors): CHF 30 000

Zone d'intervention

Cantons de St-Gall et de Thurgovie

Groupes cibles

- Corps médical: médecins des EMS
- Soins (médicaux) et personnel d'assistance médicale: soins et personnel d'assistance des EMS
- Thérapeutes (p. ex. physio, ergo, psychologues): personnel thérapeutique des EMS

Setting de l'intervention

Stationnaire:

- Établissements médico-sociaux

Domaines d'intervention prioritaires:

- Interfaces entre les patient-e-s, leur environnement de vie et les différents systèmes qui les entourent (secteurs sanitaire, social et communautaire)
- Développement et mise en œuvre de parcours de santé pour les patient-e-s grâce à la collaboration, l'interprofessionnalité et la multiprofessionnalité des multiplicateur-trice-s
- Formation, formation continue et perfectionnement des professionnel-le-s des secteurs sanitaire, social et communautaire
- Économicité des mesures, par exemple par le biais de possibilités de financement durables

Tableaux cliniques/facteurs de santé

- Maladies non transmissibles (MNT): les cinq principales MNT chez les personnes âgées
- Facteurs de risque ciblés: inactivité, statut socio-économique

Personne de contact chez Promotion Santé Suisse

Dr Franziska Widmer Howald,
franziska.widmer@promotionsante.ch

Impressum

Édité par

Promotion Santé Suisse

Direction de projet Promotion Santé Suisse

Dr Franziska Widmer Howald

Auteur-trice-s

- Prof. Dr Heidrun Gattinger, OST, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft
- Rouven Brenner, OST, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft
- Peter Stettler, Büro BASS
- Dr Franziska Widmer Howald, Promotion Santé Suisse
- Prof. Dr Myrta Kohler, OST, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft

Crédit photographique image de couverture

© AdobeStock

Série et numéro

Promotion Santé Suisse, feuille d'information 101

© Promotion Santé Suisse, mars 2024

Renseignements et informations

Promotion Santé Suisse

Wankdorfallée 5, CH-3014 Berne

Tél. +41 31 350 04 04

office.bern@promotionsante.ch

www.promotionsante.ch/publications

Feuilles d'information sur le soutien de projets Prévention dans le domaine des soins (PDS)

Dans le cadre du soutien de projets Prévention dans le domaine des soins (PDS), Promotion Santé Suisse soutient depuis 2019 des projets portant sur les maladies non transmissibles (MNT), les addictions et les maladies psychiques.

Le projet «Daheim statt Heim» appartient au domaine de soutien PDS II, au sein duquel des projets pilotes sont financés pendant deux ans avec une subvention pouvant aller jusqu'à CHF 100 000 par an. Tous les projets soutenus par Promotion Santé Suisse sont tenus d'être orientés vers les effets.

Les projets soutenus du domaine de soutien II sont donc soumis à une auto-évaluation.

Les feuilles d'information des projets de Prévention dans le domaine des soins décrivent les projets et rendent compte des enseignements tirés de la mise en œuvre et de l'auto-évaluation.

«Daheim statt Heim» a été mené entre 2020 et 2022, des années impactées par la pandémie de coronavirus. L'ensemble des personnes impliquées ont dû faire preuve d'une grande flexibilité.