



Le syndicat du personnel de santé

Aide et soins à domicile en Suisse

Etat des lieux

mars 2013

Beat Ringger, Secrétaire central ssp

Remerciements

Sans les nombreuses suggestions, corrections et compléments de la part de collègues du *ssp*, mais également de l'extérieur, le présent travail n'aurait pas pu être réalisé. Que ces personnes en soient sincèrement remerciées! Une première version – uniquement en langue allemande – de la brochure a été publiée en septembre 2012. La présente version, en langue française, a été traduite par Patrick Vogt et complétée, notamment pour les informations relatives à la Suisse romande, par Beatriz Rosende, secrétaire centrale *ssp*.

L'auteur assume l'entière responsabilité du texte. Nous acceptons toute réaction de votre part. Pour nous contacter : beat.ringger@vpod-ssp.ch / pour la région Suisse romande : rosende@ssp-vpod.ch

Table des matières

1. Aperçu des organisations d'aide et de soins à domicile en Suisse	5
1.1. Données essentielles.....	5
Tableau 1: quelques chiffres indicatifs concernant les organismes de soins à domicile et leur personnel	12
1.2. Financement des organismes de soins à domicile.....	13
1.3. Coûts globaux des organismes de soins à domicile, mandats de prestations et politique d'économies	16
1.4. Coûts et prestations du point de vue des patient-e-s (client-e-s): contribution des prestations complémentaires (PC)	16
2. Contexte en matière de politique sociale et sanitaire	18
2.1. La demande de prestations dans le domaine des soins ambulatoires, de la prise en charge et de l'économie domestique	18
2.2. L'avenir des organisations de soins à domicile	19
2.3. Les particularités du travail de « care » dans les organisations de soins à domicile ..	20
2.4. Les organisations de soins à domicile à but commercial gagnent-elles du terrain?....	21
2.5. Prise en charge par les « live-ins » 24h sur 24.....	22
2.6. <i>Le nouveau financement hospitalier (DRG) et les organisations de soins à domicile.</i>	23
3. Conditions de travail dans les soins à domicile	24
3.1. Organisations de soins à domicile à but non lucratif	24
3.2. Organisations de soins à domicile à but commercial.....	25
Tableau 2: Comparaison entre les organisations de soins à domicile à but non lucratif et les organisations à but commercial (toutes les données concernent 2010).....	27
3.3. La CCT de la branche du travail temporaire doit-elle être appliquée?	28
3.4. Des CCT séparées pour les organisations de soins à domicile à but commercial?	29
4. La politique du <i>ssp</i> : Consolider l'aide et les soins à domicile en tant que service public – au moyen de conditions de travail correctes et d'un système de prestations de qualité . . .	30
4.1. Les organisations de soins à domicile en tant que service public	30

4.2. Renforcer la qualité des prestations de l'aide et des soins à domicile	31
4.3. <i>Augmenter le financement public</i>	32
4.4. Conditions d'engagement régies par le droit public ou une CCT	33
4.5. Protéger les « live-ins »	34
Bibliographie	36
Tableau 3 : Qualification, taux d'occupation et frais de personnel selon le type de fournisseur de prestations (OFS).....	37
Tableau 4 : Parts des organisations de soins à domicile à but non lucratif et à but commercial par rapport au total des emplois à plein temps, par canton	38

1. Aperçu des organisations d'aide et de soins à domicile en Suisse

1.1. Données essentielles

Le domaine de l'aide et des soins à domicile¹ s'est solidement implanté en Suisse, avec des prestations désormais reconnues et valorisées; il est incontestable que ce dispositif du réseau de soins gagnera encore en importance ces prochaines années. Au niveau fédéral, les services de soins à domicile sont ancrés dans la Constitution, aux termes de l'article 112c al. 1 stipulant que « les cantons pourvoient à l'aide à domicile et aux soins à domicile en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées ». Selon l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), les organisations d'aide et de soins à domicile proposent des prestations de soins, des prestations ménagères et des mesures de soutien social ainsi que les services de repas à domicile. Mais de nombreuses organisations d'aide et de soins à domicile proposent également d'autres prestations telles les consultations parentales, les soins thérapeutiques, les services de transport et les systèmes d'appels d'urgence². Les structures de soins à domicile sont très différentes d'un canton à l'autre, et parfois même entre communes. Le financement de ce type de prestations est par ailleurs compliqué, voire confus.

L'organisation de soins à domicile repose essentiellement sur des structures à but non lucratif et disposant d'un mandat de prestations. Les organismes responsables sont constitués en associations, fondations ou corporations de droit public, chacun, chacune, couvrant une région géographiquement bien délimitée. Dans notre travail de synthèse, nous distinguons les organisations d'aide et de soins à domicile à but non lucratif des organisations à but lucratif, qui sont des services purement privés. Les organisations d'utilité publique ont réalisé, en 2010, environ 88% de toutes les prestations de soins à domicile.

¹ En Suisse alémanique, ce domaine est connu sous le terme Spitex, voire encadré pour les explications de ce terme. Pour la version française de ce texte, nous utilisons le terme « soins à domicile » pour parler du domaine de l'aide et des soins à domicile.

² OFS, Statistiques de la santé 2012, Neuchâtel, p. 83.

Nos indications chiffrées se fondent sur les statistiques relatives aux soins à domicile des années 2009 et 2010, ainsi que sur des renseignements supplémentaires de l'Office fédéral de la statistique – OFS – que nous avons reçus à notre demande (cf. tableaux en annexe). Les données concernant le domaine de l'aide et des soins à domicile englobent depuis 2010 – outre les organisations à but non lucratif – également les services de soins à domicile à but lucratif ainsi qu'une partie des personnes indépendantes travaillant dans les soins. Les chiffres de l'OFS se basent sur les données émanant des cantons. Selon l'OFS, tous les prestataires de soins à domicile importants à but lucratif doivent être enregistrés, en particulier les grandes sociétés telles que *Home Instead* et *Hausbetreuungsdienst für Stadt und Land AG* (en Suisse romande, ce dernier est connu sous la raison sociale *Assistance à domicile pour la ville et la campagne SA*). Nous précisons que les employé-e-s occupé-e-s dans les ménages privés, qu'on appelle aussi les « live-ins », terme très utilisé en Suisse alémanique, ne sont pas pris-e-s en compte dans les statistiques de l'OFS. Il en va de même pour les personnes qui travaillent au noir ou sans statut légal ; elles ne sont pas non plus comptabilisées.

Les **organisations de soins à domicile à but non lucratif** sont composées en majeure partie d'associations et de fondations (568 exploitations, données 2010, sauf indication contraire). A cela viennent s'ajouter 49 organisations de droit public, ce qui donne au total **617 organisations « à but non lucratif »**.

26 associations à but non lucratif se sont groupées pour constituer une faîtière des employeurs sous la raison sociale *Association suisse des services d'aide et de soins à domicile*. En Suisse romande, les prestataires de droit public dominent le secteur des soins à domicile. A Neuchâtel, les soins à domicile sont organisés par NOMAD un établissement de droit public autonome. Dans le canton de Genève, l'IMAD qui regroupe les services de soins à domicile ont été intégrés dès 2013 dans le secteur public comme un établissement public autonome (au même titre que les Hôpitaux universitaires genevois ou l'Hospice général). A Fribourg, les associations de soins à domicile sont regroupées au sein d'une association faîtière d'utilité publique (AFAS). Dans le canton de Vaud, c'est l'AVASAD, une association de droit public autonome qui regroupe les organisations régionales de soins à domicile. En Valais, c'est le Groupement valaisan des Centres médicaux sociaux, constitué en association de droit privé reconnue d'utilité publique et enfin dans le canton du Jura, la Fondation

pour l'aide et les soins à domicile est une personne morale de droit privé qui n'a pas de but lucratif, reconnue par l'Etat.

Une organisation de soins à domicile typique, à but non lucratif, offre en règle générale les prestations essentielles suivantes :

- évaluation, conseil, coordination (prestations prises en charge par les caisses maladie selon la LAMal);
- soins infirmiers (prestations remboursables selon la LAMal), soins corporels;
- soins aigus et de transition (prestations remboursables selon la LAMal);
- conseil dans les questions de santé, prévention;
- économie domestique (soutien au ménage), encadrement et accompagnement social ³.

Les services spécialisés (aide et soins aux enfants, services psychiatriques ambulatoires, soins oncologiques) sont également fournis par le biais de mandats de prestations publics. Dans de nombreux cas, ils sont proposés par des organisations de soins à domicile spécialisées d'utilité publique.

Quelques explications concernant le terme 'Spitex'

Le terme '**Spitex**' (de l'allemand **Spital-externe** Gesundheitsversorgung = réseau de santé extra-hospitalier) est, à notre connaissance, utilisé uniquement en Suisse, et en particulier en Suisse alémanique. Il n'est pas protégé. L'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (ASD) a, par contre, fait protéger le logo 'Spitex' – bien connu d'ailleurs – et l'a réservé pour les organisations à but non lucratif.

Depuis 2010, les entreprises qui disposent d'une autorisation cantonale d'exploitation et qui ont passé un contrat (concordat) avec les cantons sont saisies par les statistiques (sous le terme d'organisation Spitex). Elles remplissent ainsi les conditions leur permettant de décompter les prestations de soins avec les caisses-maladies (voir à ce sujet l'alinéa concernant le financement). Les agences qui n'offrent que des prestations domestiques et de prise en charge ne figurent pas dans les statistiques. Elles ne sont traitées qu'en marge dans la présente brochure. (alinéa 2.5).

Sous **organisations de soins à domicile à but non lucratif**, nous entendons des services de soins à domicile disposant d'un mandat de prestations public et ayant le devoir de garantir les prestations d'aide et de soins. L'organisation de ces structures est très diverse: tantôt elles font partie de l'administration publique, tantôt elles forment une entreprise de droit public ou encore un organe

³ Les prestations qui ne sont pas à la charge des caisses sont en partie financées par les pouvoirs publics (en particulier les prestations dites d'économie domestique), en partie aussi par les bénéficiaires. Concernant les détails du financement, voir chapitre 1.2.

responsable privé (associations, fondations).

Par le terme **organisation de soins à domicile à but lucratif ou commercial**, nous désignons toute entreprise qui dispose d'une autorisation cantonale d'exploitation lui permettant de fournir des prestations de soins selon la LAMal et qui, ce faisant, peut en principe offrir les mêmes prestations de services que les organisations reconnues d'utilité publique. Le volume des prestations fourni par les organisations à but commercial se situe aux alentours de 10% (2010).

Outre les deux groupes déterminants susmentionnés, il existe aussi des organisations de soins à domicile à but non lucratif qui sont privées et qui complètent l'offre des organisations d'utilité publique. A notre connaissance, il s'agit d'un petit nombre. Etant donné que statistiquement, elles ne peuvent pas être différenciées des services de soins à domicile à but lucratif, nous nous permettons de les négliger dans nos considérations.

Les **infirmières et infirmiers indépendants** offrent presque exclusivement des prestations de soins, telles que fournies par les organismes de soins à domicile d'utilité publique. Ces personnes peuvent également – dans la mesure où elles disposent d'une autorisation d'exploitation – décompter les frais selon la LAMal.

Agences: Ne sont pas prises en compte dans les organisations de soins à domicile les personnes indépendantes, de même que les agences qui fournissent exclusivement des services domestiques (p. ex. la société *McCare*). En plus, elles ne sont pas statistiquement enregistrées. Leur offre est souvent une alternative à un placement dans un home.

Soins: Il est important de différencier entre le terme « soins » au sens courant et flou, et le terme « soins professionnels » tels que définis par la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Les soins professionnels englobent des prestations qui présupposent des connaissances médicales de base et dont l'application inappropriée peut avoir des conséquences néfastes pour les patient-e-s. Dans le cadre de l'aide et des soins à domicile, il est fait distinction entre les *soins de base* et les *soins de traitement*; les deux formes doivent cependant être exécutées uniquement par du personnel qualifié. L'engagement des différents groupes professionnels est du ressort de chaque organisation de soins à domicile. De simples "coups de main" dans les soins de base peuvent aussi être effectués par des employé-e-s qui ont uniquement suivi un cours de base (auxiliaire de santé - CRS); ils/elles doivent cependant être instruit-e-s par un personnel soignant diplômé s'occupant du cas et peuvent uniquement accomplir des activités pour lesquelles ils/elles sont formé-e-s. Les soins professionnels ne sont rémunérés par les caisses que s'ils ont été prescrits par un médecin.

Dans la statistique 2010 figurent, outre les 617 organisations à but non lucratif, 168 **services de soins à domicile** à but lucratif (64 sociétés anonymes, 61 sociétés à responsabilité limitée, 43 autres organisations à but commercial)⁴.

Parmi les organisations de soins à domicile à but lucratif, on trouve deux grandes sociétés:

⁴ Malheureusement, sur la base de la statistique, il n'est pas possible de différencier les organisations privées à but non lucratif des entreprises à but commercial. La forme juridique ne permet pas non plus de tirer des éclaircissements. Le nombre de ces organisations est toutefois faible, à notre connaissance, et donc il est négligé pour des raisons de clarté.

- *Home Instead*, un groupe d'entreprises des Etats-Unis ayant, selon ses propres données, environ 1000 employé-e-s en Suisse;
- *Hausbetreuungsdienst für Stadt und Land AG (HSL)*⁵ opérant principalement à Berne et dénombrant également quelque 1000 employé-e-s.

En 2006, 27 sociétés se sont regroupées pour former l'Association Spitex Privée Suisse (ASPS), dont le siège est à Berne. En 2012, 87 services soins à domicile sont membres de l'ASPS, dont le président est le conseiller national UDC Rudolf Joder. *Home Instead* – selon ses propres dires – s'efforce de mettre sur pied une association concurrente.

Au total 36'409 personnes travaillent dans les organisations de soins à domicile, dont 31'032 dans les organisations à but non lucratif et 4'998 dans celles à but lucratif. Dans le domaine de l'aide et des soins à domicile, les coûts salariaux représentent 86%, soit la part du lion des frais globaux.

En ce qui concerne les soins à domicile à but non lucratif, le taux d'activité moyen du personnel a sensiblement progressé ces dernières 15 années, tout en se situant encore à 44,6%. Pour comparaison, le taux d'activité moyen dans les hôpitaux pour soins aigus dépasse les 70% alors que pour les organisations de soins à domicile à but lucratif, avec 32,4%, il est encore nettement inférieur.

Environ un tiers des postes équivalents plein temps peut être attribué au personnel soignant diplômé, un peu moins d'un tiers aux employé-e-s au bénéfice d'un apprentissage CFC et un dernier tiers à un groupe de personnes sans formation professionnelle spécifique (les formations de courte durée de la Croix-Rouge suisse, comme celle d'auxiliaire de santé, ne sont pas considérées à cet égard comme étant des formations professionnelles).

En analysant le nombre total des employé-e-s (sans tenir compte de l'équivalence plein temps), on peut observer que la part de personnel formellement peu qualifié augmente : en effet, pratiquement 40% des personnes ne disposent d'aucun diplôme de formation professionnelle. Ceci est à imputer au fait que les employé-e-s non qualifiés ont en moyenne un taux d'occupation nettement plus bas. Si l'on considère

⁵ En Suisse romande, *Assistance à domicile pour la ville et la campagne SA*.

les équivalences plein temps, tant les organisations de soins à domicile à but non lucratif que celles à but commercial occupent nettement plus de personnel professionnel diplômé (ASSC, infirmiers/-ères diplômés) que de personnes non qualifiées (pour le détail, voir tableau 3 en annexe).

Au sein des organisations à but non lucratif, l'intégration des prestations d'aide au ménage a représenté une étape qualitative importante, étape qui a été accomplie pratiquement partout au cours de ces 20 dernières années. Le but de cette intégration était de garantir des services d'aide et de soins globaux, dans la mesure du possible, et sous la responsabilité d'un seul et même prestataire; en outre, il s'agissait de faire travailler les équipes de façon interdisciplinaire. L'infirmière rend visite à une cliente, Mme Meier, par exemple une fois toutes les deux semaines pour surveiller son état général; l'auxiliaire de ménage, quant à elle, voit cette même personne deux fois par semaine. Elle la connaît probablement depuis de nombreuses années, car dans un premier temps, Mme Meier n'avait besoin que d'aide au ménage. Pour sa prise en charge, il est important que l'employée en question transmette ses observations au personnel chargé des soins et qu'en cas d'urgence, elle connaisse les services médicaux qu'elle doit aviser. Dans les organisations à but non lucratif, cette communication est garantie. En outre, c'est souvent la même personne qui accomplit les tâches ménagères et les soins de base (p. ex. toilette du corps) et qui peut par conséquent rester plus longtemps chez les client-e-s, alors que les interventions des infirmiers/-ères diplômé-e-s sont nettement plus courtes. Ce sont précisément les interventions plus longues qui constituent pour bien des client-e-s le cadre de relations normal avec l'organisation de soins à domicile. Il est d'ailleurs significatif que les organismes d'utilité publique englobent les prestations ménagères et les soins de base.

L'idée répandue selon laquelle les organismes à but non lucratif offrent principalement des soins professionnels, alors que les organismes à but commercial proposent principalement des prestations ménagères et des soins de base est donc fautive. En effet, non seulement pour les prestations de soins plus exigeantes, mais aussi dans le domaine des services ménagers et des soins de base, l'offre globale est essentiellement fournie par les organismes de soins à domicile d'utilité publique. Ainsi, sur le 100% des postes à plein temps occupés par des employé-e-s de soins à

domicile sans diplôme professionnel particulier, 86.3% concernent les organisations d'utilité publique et seulement 13.4% celles à but lucratif.

En ce qui concerne les **infirmiers/-ères indépendant-e-s** (environ 1000 à 1500 personnes dans toute la Suisse), on constate qu'en réaction à la « taylorisation » du travail dans le domaine de l'aide et des soins à domicile (voir à ce sujet le chapitre 2.3) une grande partie de ces salarié-e-s ont choisi de devenir indépendants. Il faut comprendre que ces dernières années, au sein des organismes de soins à domicile, l'exécution de leur travail a été fortement normée et reliée au temps facturé aux caisses maladies. Ce mécanisme a énormément restreint leur liberté d'action; il a incité de nombreuses infirmières et infirmiers à exercer une activité indépendante.

Le tableau ci-dessous résume quelques données quantitatives

Tableau 1: quelques chiffres indicatifs concernant les organismes de soins à domicile et leur personnel ⁶

	2000	2009	2010	Remarques
Organisations de soins à domicile	787	576	1164	Dès 2010: prise en compte de prestataires qui ne sont pas d'utilité publique.
<i>Dont organisations de soins à domicile à but lucratif</i>	-	-	168	<i>Les infirmiers/-ères indépendants ne sont pas enregistrés par tous les cantons. Le nombre se situerait plutôt autour de 1000-1500.</i>
<i>Dont infirmiers/-ères indépendants</i>			379	
Employé-e-s	27'453	28'874	36'409	
<i>Dont organisations de soins à domicile à but lucratif</i>	-	-	4998	<i>13.7% de l'ensemble du personnel</i>
Emplois à plein temps	9'855	12'978	15'683	
<i>Dont organisations de soins à domicile à but lucratif</i>	-	-	1619.6	<i>10.3% du total de l'équivalence à plein temps</i>
Coût d'un poste à plein temps dans organisations de soins à domicile à but non lucratif			91'377	
Coût d'un poste à plein temps dans organisations de soins à domicile à but lucratif			52'831	
Taux d'occupation moyen du personnel	35.9%	44.9%	43.1%	
<i>Organisations de soins à domicile à but non lucratif</i>			44.6%	
<i>Organisations de soins à domicile à but lucratif</i>			32.4%	
Chiffre d'affaires (dépenses) en mio CHF	852	1376	1585	
Nombre de « client-e-s »	199'124	214'443	262'726	

⁶ Un autre tableau comportant des données statistiques se trouve en annexe; y figurent aussi la part des organisations de soins à domicile à but non lucratif et de celles à but lucratif par rapport aux emplois à plein temps, selon les cantons. La part des organismes d'utilité publique varie de canton à canton, à savoir de 71% à 100%.

1.2. Financement des organismes de soins à domicile

Le financement des organismes de soins à domicile varie de canton à canton. En principe, il convient de différencier entre les services de soins, tels que définis par la LAMal, et les services d'aide et de prise en charge à domicile. Le financement des soins est réglé au niveau national, les autres services ne le sont pas.

Les **prestations de soins à domicile** figurent depuis 1996 dans le catalogue de base des prestations LAMal. Leur financement a été nouvellement réglé en 2010 dans le cadre de la révision de la LAMal. Le Conseil fédéral édicte des tarifs uniformes pour l'ensemble de la Suisse, lesquels se situent selon le type de prestation entre Fr. 54.60 et Fr. 79.80 (état 2011)⁷ et doivent être pris en charge par les caisses maladies. Ces tarifs ne couvrent pas les frais effectifs. Aux termes de la LAMal, au maximum 20% des coûts de soins peuvent être répercutés sur les bénéficiaires des prestations. Mais même en tenant compte de cette part (pour autant qu'elle soit prélevée), il subsiste encore une lacune financière, que ledit *financement résiduel* peut combler et dont le règlement est du ressort des cantons. La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé - CDS - recommande aux cantons de reprendre l'entier des coûts qui ne sont pas couverts par les tarifs nationaux, donc aussi les 20% qui pourraient être à la charge des bénéficiaires de prestations. Ainsi, le principe « ambulatoire avant stationnaire » serait renforcé; en d'autres termes, il s'agit d'éviter le plus longtemps possible les admissions dans les homes. Et pourtant, la majorité des cantons répercute une part des frais sur les bénéficiaires de prestations⁸.

⁷ La tarification uniforme de la Suisse a fâché les cantons car ceux qui ont des coûts de la vie et des frais salariaux élevés doivent verser proportionnellement des contributions plus élevées que ceux dont les coûts sont moins élevés.

⁸ Selon un tableau figurant sur le site Internet de l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile (ASD), 10 cantons renoncent à une participation des patient-e-s concernant les coûts des soins (AG, BE, BL, FR, GL, JU, NE, VD, VS, TI). Pour les autres cantons, les bénéficiaires des prestations paient une participation allant jusqu'à Fr. 15.95 par heure, respectivement Fr. 5821.75 par année, en sus de la participation normale et de la franchise. En général, la participation est de Fr.8.- par heure.

La révision LAMal de 2010 en matière de financements des soins contient désormais la disposition stipulant que pour les prestations de soins, tous les fournisseurs doivent être traités sur un pied d'égalité. Raison pour laquelle des entreprises d'aide et de soins à domicile à but lucratif se voient dorénavant rémunérer les tarifs de soins conformément au tarif national. Certains sont aussi pris en compte par les cantons dans le cadre du financement résiduel, mais souvent à des tarifs inférieurs à ceux réservés aux organisations à but non lucratif.

Une limitation importante concernant la prise en charge des frais réside dans le nombre maximum d'heures par trimestre rémunérées par les caisses maladie. Cette valeur se situe à 60 heures, ce qui correspond à une moyenne de 4.62 heures par semaine. Si cette limite devait être dépassée, elle doit faire l'objet de l'autorisation de la caisse en question, cette limite ne s'applique pas aux soins aigus et de transition.

Les **soins aigus et de transition** représentent en effet un cas spécial (art. 25a alinéa 2 de la LAMal). C'est ainsi que sont désignés les soins qui suivent les deux premières semaines après un séjour hospitalier. Aux termes de la LAMal, ils doivent être financés de la même manière que les établissements hospitaliers, donc à 55% par les cantons et à 45% par les caisses. Contrairement à la situation standard, les assuré-e-s ne doivent fournir aucune contribution aux prestations de soins. Cela dit, dans les soins de transition, les prestations ménagères ne sont pas non plus prises en charge par les caisses.

Le type et le financement des **prestations d'utilité publique** (p. ex. l'obligation d'admission, les offres spécialisées telles que l'aide et soins aux enfants ainsi que les soins oncologiques, etc.) sont définis dans le cadre de négociations de prestations. Leur financement est réglé par les cantons.

La Constitution fédérale (art.112c al.1) stipule que « les cantons pourvoient à l'aide à domicile et aux soins à domicile en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées ». Etant donné qu'il n'est pas seulement question de soins, mais aussi expressément d'aide, on peut – de notre point de vue – en déduire qu'il y a un devoir de fournir les prestations nécessaires dans le domaine de l'aide au ménage et de financer ces prestations de telle façon qu'elles soient accessibles à l'ensemble de la population. Jusqu'à un certain point, c'est en partie le cas actuellement. Comme déjà mentionné, ces tâches peuvent être déléguées aux communes. Souvent, le montant

des tarifs est fixé en fonction de ce que les bénéficiaires des prestations auraient à payer pour les services d'aide à domicile, et souvent, ces tarifs sont déterminés en fonction du revenu. Ces montants varient d'un canton à l'autre : entre Fr. 31.- et Fr. 44.- (régime tarifaire 2012) en Ville de Zurich, alors que par exemple dans le canton du Valais, ils sont de Fr. 21.- l'heure. Les cantons proposent souvent des réductions pour les personnes qui n'ont pas suffisamment de moyens.

Les subventions publiques et les contrats de prestations permettent donc aux organisations de soins à domicile à but non lucratif de fixer les tarifs des services à domicile inférieurs au coût effectif. Ainsi, jusqu'à un certain degré, les organisations d'utilité publique sont protégées de la concurrence de celles à but commercial, et ce bien qu'elles offrent – précisément dans le domaine d'aide à domicile – des conditions de travail nettement meilleures. Or, avant 2010, les entreprises de soins à domicile axées sur le profit ne bénéficiaient pratiquement d'aucun mandat de prestations des collectivités publiques. Avec la nouvelle réglementation LAMal, elles essaient d'obtenir les mêmes conditions que les organisations à but non lucratif. Selon l'ASPS, ces entreprises privées sont actuellement prises en considération, sous une forme ou une autre, dans 12 cantons en ce qui concerne les négociations de prestations, toutefois à un niveau différent que les organisations d'utilité publique. Les services d'aide et de soins à domicile à but lucratif pratiquent un lobbying intensif afin de faire des « progrès ». C'est pourquoi ils sont notamment intéressés à bénéficier d'une réputation de « bons employeurs ». Un moyen pour y parvenir serait la conclusion de conventions collectives de travail (voir à ce sujet le chapitre 3).

Pour ce qui est des prestations de la LAMal, le financement est fonction du volume des prestations fournies, ce jusqu'à hauteur de la limite maximale (financement par sujet). Ce n'est pas le cas pour les prestations d'aide à domicile considérées comme n'étant pas des soins. En effet, les baisses de rentrées fiscales et les programmes d'austérité supposent aussi que les cantons peuvent décider de réduire leur part de financement et augmenter les tarifs applicables à la prise en charge des prestations ménagères. En 2012, le canton de Berne a augmenté les tarifs relatifs aux prestations ménagères pour certaines catégories jusqu'à 90%. Cela peut entraîner un renchérissement de l'offre de prestations proposée par des organisations de soins à domicile à but non lucratif par rapport à celles qui sont axées sur le profit.

1.3. Coûts globaux des organismes de soins à domicile, mandats de prestations et politique d'économies

En 2010, les coûts des services de soins à domicile se sont élevés à **1585 mio de francs**, ce qui correspond à 2.6% des dépenses de l'ensemble du secteur de la santé. Au total, 600 mio de francs de l'ensemble des dépenses de soins à domicile proviennent des prestations de soins, 165 mio de francs des prestations ménagères et 40 mio de francs des services de repas. Les **pouvoirs publics apportent une contribution à hauteur de 708.3 mio de francs** (dont 295.1 mio des cantons, et 413.2 mio des communes).

1.4. Coûts et prestations du point de vue des patient-e-s (client-e-s): contribution des prestations complémentaires (PC)

Pour les bénéficiaires de prestations, la participation aux frais concernant les prestations de soins est limitée, comme mentionné plus haut, à 20% au maximum, aux termes de la LAMal. Dans un cas extrême, cela peut représenter un montant d'environ Fr. 320.- par mois. De nombreux cantons imposent cependant une limite maximale de Fr. 160.- par mois (Fr. 8.- par heure), alors que 10 cantons assument l'entier de la part non couverte par les tarifs selon la LAMal.

Les prestations ménagères pèsent davantage sur la balance. Si un-e client-e a besoin d'aide à raison de 1 heure par jour, cela occasionnerait, sur la base d'un tarif de Fr. 31.- (tarif le plus bas de la Ville de Zurich), des frais de Fr. 930.- par mois, et pour un besoin de 2 heures par jour, Fr. 1860.-. Pour des personnes ne disposant que d'un petit revenu, cela représente des montants considérables. Dans ces situations, les prestations complémentaires (PC) peuvent fournir de l'aide. Les bénéficiaires AVS et AI, qui ont droit à des prestations complémentaires, peuvent – en plus du versement PC de base – obtenir le remboursement des frais pour l'aide, les soins et la prise en charge à domicile. Ces coûts sont remboursés à 100%. Il existe toutefois une limite maximale pour ce remboursement: Fr. 25'000.- (par an) pour les personnes seules et Fr. 50'000.- (par an) pour les couples. Les cantons peuvent cependant fixer des limites plus élevées.

Ces prestations complémentaires garantissent aux personnes les plus défavorisées le recours – selon leurs besoins – aux prestations d'aide et de soins à domicile. En fait, les organisations de soins à domicile sont sollicitées par toutes les couches sociales de la même manière, ce qui a été constaté par Perrig-Chiello sur la base d'un questionnaire dans une étude relative à des proches soignants⁹ (Perrig-Chiello, Höpfliger, Schnegg 2010). Matthias Wächter et Kilian Künzi parviennent au même résultat dans leur étude relative aux limites des soins à domicile d'un point de vue économique: ils affirment que les PC constituent un instrument efficace, même en cas de coûts de soins et de prise en charge élevés, un instrument garantissant une certaine liberté de choix dans le type de soins. Les mécanismes de progression fiscale pourraient même mener au fait que le revenu disponible des ménages bénéficiant d'une rente moyenne se situe en dessous de celui des ménages ayant une rente basse (Wächter, Künzi 2011).

Pour les patient-e-s qui, après un séjour hospitalier, retournent à leur domicile (soins aigus et de transition) et sont dépendants de prestations ménagères, les mêmes tarifs que ceux pour les patient-e-s de longue durée sont appliqués. Dans ce domaine, le nouveau financement hospitalier, avec sa pression financière qui occasionne des départs précoces de patient-e-s des hôpitaux, entraîne de cas en cas une répercussion des coûts sur les assuré-e-s. En cas de séjour hospitalier, les patient-e-s doivent payer une participation de Fr. 10.- par jour pour les services d'hôtellerie, alors qu'en cas de séjour à domicile, des frais bien plus élevés sont occasionnés dans le cas où aucun proche ne serait disponible pour la prise en charge.

L'allocation pour impotent constitue une autre ressource pour les personnes de tout âge qui sont impotentes à un degré faible, moyen ou élevé. Est réputée impotente toute personne assurée tributaire de l'aide d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie, tels que s'habiller, se lever, manger, faire sa toilette, etc. L'allocation est versée indépendamment du revenu et de la fortune. L'impotence doit être durable ou s'étendre sans interruption sur une année au moins.

⁹ On utilise aussi le terme « proches aidants » ou « aide informelle ».

2. Contexte en matière de politique sociale et sanitaire

2.1. La demande de prestations dans le domaine des soins ambulatoires, de la prise en charge et de l'économie domestique

Selon une étude de l'Observatoire de la santé (OBSAN, OFS 2011, Höpflinger et al. 2011), la part des personnes de plus de 65 ans va passer de 17% en 2010 à 24% en 2030 et poursuivra ensuite sa hausse pour atteindre 28% en 2060. L'accroissement sera particulièrement rapide pour les personnes très âgées, à savoir pour celles de plus de 80 ans et de plus de 90 ans. Il en résultera également une augmentation de la part des personnes résidant en Suisse et nécessitant des soins: elles sont moins de 10% dans la tranche d'âge de 75 à 79 ans, mais déjà 13% pour la tranche de 80 à 84 ans et près de 34% pour la tranche de 85 à 89 ans. Dans la catégorie des personnes âgées de 90 ans et plus, une personne sur deux nécessite des soins. En partant du principe qu'à un âge avancé la durée de la dépendance reste constante, malgré l'allongement de l'espérance de vie, le nombre des personnes de 65 ans et plus nécessitant des soins passera de 125'000 à 182'000 entre 2010 et 2030 (hausse de 46 %). Si la durée de dépendance augmente, on comptera jusqu'à 230'000 personnes dépendantes en Suisse en 2030. Dans le cas le plus favorable, à savoir dans celui d'une évolution positive de l'état de santé des personnes très âgées, l'étude table sur 170'000 personnes nécessitant des soins en 2030. Etant donné qu'un nombre plus élevé d'individus atteignent un très grand âge, une nette hausse du nombre de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence est en outre prévisible: dans l'hypothèse où les taux de prévalence de démence par âge restent constants, le nombre de personnes âgées souffrant de démence devrait passer de 125'000 à 218'000 entre 2010 et 2030, en hausse de 75% (selon Höpflinger et al. 2011).

La majorité des personnes âgées, à savoir près de 90% de celles âgées de 80 à 84 ans, vivent à la maison. Pour les personnes plus âgées, le taux de prise en charge dans une structure stationnaire augmente rapidement. A l'âge de 95 ans et plus, elles sont plus de 45% à vivre dans un établissement de type EMS. L'étude en question part de l'hypothèse qu'au cours de ces prochaines années, l'entrée en EMS aura tendance à se faire plus tardivement et plus fréquemment seulement en période de fin de vie. Les besoins en prestations d'aide et de soins à domicile croîtront en

conséquence plus fortement. Les auteurs de cette étude s'attendent en outre à une progression des formes de prestations combinées (p. ex. combinaison de prestations soins à domicile, de soins prodigués par des proches et de courts séjours en EMS intervenant périodiquement pour décharger les autres personnes impliquées).

Actuellement, près de 70% des client-e-s de l'aide et des soins à domicile disposent de proches qui fournissent une aide non rémunérée dans les domaines de la prise en charge et de l'économie domestique. Traditionnellement, ce sont surtout les femmes qui se chargent de ces tâches (épouses, partenaires, filles). Mais comme la proportion des femmes exerçant une activité rémunérée a fortement progressé au cours de ces dernières décennies, ce « travail de care » non rémunéré se trouve sous pression. Les proches aidant-e-s assument souvent des charges très importantes (Perrig-Chiello, Höpfliger, Schnegg 2010). Des offres de prestations pour décharger ces derniers/-ières sont nécessaires. Notons aussi que les besoins en matière de travail de care rémunéré et fourni sur prescription médicale vont s'accroître du fait que l'offre de travail de care informel et non rémunéré qui est assumé par les partenaires/enfants pourrait tendanciellement diminuer (Stutz/Knupfer 2012).

2.2. L'avenir des organisations de soins à domicile

La question de savoir dans quelle direction la prise en charge par les organisations d'aide et de soins à domicile se développe est donc particulièrement importante. Sa qualité joue un rôle considérable dans la qualité de vie globale d'un nombre croissant de personnes. Est-ce que le niveau actuel des prestations des organisations à but non lucratif est suffisant ou faut-il continuer à l'améliorer? Est-il possible de consolider la tendance actuelle selon laquelle ce sont les organisations à but non lucratif qui offrent la part prépondérante des services ou est-ce que les organisations à but commercial – qui vont donc réaliser au passage un profit – vont intervenir de plus en plus fréquemment pour fournir des prestations ménagères et des soins de base? Le niveau des conditions d'engagement du personnel dans ce secteur est-il acceptable et est-il possible de recruter suffisamment de personnel pour ces services?

Les organisations de soins à domicile à but non lucratif fournissent près de 90% des prestations et englobent quelque 90% du volume du travail (postes équivalents plein temps). Leur existence s'est d'ailleurs ancrée dans la conscience collective comme une composante indispensable du réseau de santé. L'intégration des prestations ménagères et des soins est en grande partie achevée et elle joue un rôle important dans le processus de soins, notamment pour des raisons de qualité. Au cours de ces dernières années, le personnel des soins à domicile se plaint : manque de temps pour les relations humaines, minutage du temps et standardisation des soins sont au centre des critiques.

2.3. Les particularités du travail de « care » dans les organisations de soins à domicile

Au cours de ces dernières années, on assiste à une évolution problématique du travail de soins, en raison de la pression exercée par les caisses maladies : le système des prestations de soins fournies par les organisations de soins à domicile a été structuré de manière détaillée au moyen de standards de prestations. On a ainsi placé au premier rang des activités fonctionnelles telles que les mesures de pression sanguine, l'administration de médicaments, le changement de pansements, l'identification des besoins, etc. Pour chaque activité, des durées standard ont été fixées sur la base desquelles est calculée la durée globale, qui sert ensuite à facturer la rémunération due par les caisses maladie. Ce processus a conduit à une « taylorisation » de l'aide et des soins à domicile, à la pratique du « minutage » du travail, comme le décrivent les collaboratrices et collaborateurs des organisations des soins à domicile. Sous la pression généralisée des mesures d'austérité au niveau des cantons, la « taylorisation » a également touché les tâches liées à l'économie domestique où des durées standard ont aussi été définies. Evidemment, cela pose problème, par exemple lorsqu'il s'agit de laver des habits, les programmes de lavage écologiques étant plus longs que les programmes traditionnels, ou lorsqu'il s'agit d'effectuer des achats, une activité devenue nettement plus complexe au cours de ces dernières années. Du point de vue de la gestion d'entreprise, le but ultime des prestations des soins à domicile est de maximiser le nombre d'heures pouvant être facturées aux assurances et de minimiser celles pour lesquelles cela est impossible

(séances de coordination des équipes, formation continue, travaux administratifs, etc.).

Ce processus se fait forcément au détriment du travail relationnel. En effet, l'aide et les soins à domicile se déroulent au domicile des client-e-s et interfèrent souvent dans la sphère privée et personnelle. Pour les client-e-s, le défi consiste à laisser des personnes étrangères entrer dans des domaines intimes et pour le personnel, il s'agit de fournir une aide professionnelle avec le doigté nécessaire, dans un contexte étranger et quelque fois rétif (situation très bien décrite par Schwaller, 2011). Ces remarques valent également pour l'économie domestique où le conflit entre l'autonomie et la dépendance du / de la client-e par rapport aux décisions apparaît parfois encore plus nettement que dans le cadre de prestations médicales indispensables. C'est pourquoi il est absolument nécessaire pour ce personnel de pouvoir construire des relations solides avec les client-e-s. Le travail dans le domaine de l'aide et des soins à domicile ne peut être une réussite que s'il y a coopération entre les bénéficiaires et les fournisseurs des prestations. Dans une profession où l'empathie est un élément capital de la motivation et de l'efficacité, le personnel soignant et les client-e-s souffrent de la même manière des effets négatifs de la « taylorisation ». Ce processus fait pression aussi bien sur la qualité des prestations que sur la qualité des conditions de travail et sur la satisfaction au travail du personnel. Cela peut aussi expliquer qu'une partie du personnel soignant (les infirmiers et infirmières en particulier) fournissant des prestations de soins à domicile se soit mis à son compte.

2.4. Les organisations de soins à domicile à but commercial gagnent-elles du terrain?

Le nouveau financement selon la LAMal a renforcé la position des organisations de soins à domicile à but lucratif parce que ces dernières peuvent dorénavant aussi facturer leurs prestations de soins conformément à la LAMal. Cette situation risque de freiner les efforts déployés depuis de nombreuses années pour organiser de manière uniforme les services d'aide et de soins à domicile à but non lucratif sur le plan régional. En outre, cette nouveauté constitue un encouragement à déréglementer et privatiser les services publics de manière générale. Le lobby des organisations à but commercial s'efforce actuellement de concurrencer les

organisations à but non lucratif, y compris au niveau des contrats de prestations et du financement des services d'économie domestique.

Un renforcement des organisations à but lucratif entraînerait une nette précarisation des conditions de travail, notamment en ce qui concerne les soins de base et le domaine de l'économie domestique. Si l'on veut établir l'égalité entre les organisations à but non lucratif et celles à but commercial, il faut absolument respecter l'exigence selon laquelle les conditions de travail du secteur public doivent être garanties dans les deux types d'organisation.

Cependant, il serait pour le moins prématuré d'affirmer aujourd'hui que les organisations à but commercial sont en train de gagner du terrain. Dans l'ensemble, elles n'occupent qu'une petite partie du « marché », soit 10% au niveau national. Tout dépendra de la politique des cantons et de la bonne ou mauvaise protection que ces derniers accorderont aux organisations à but non lucratif face à celles qui leur font concurrence avec des pratiques de dumping.

2.5. Prise en charge par les « live-ins » 24h sur 24

Parallèlement à la problématique évoquée, on constate une rapide augmentation du nombre des « live-ins ». Dans la plupart des cas, il s'agit de travailleuses et travailleurs du secteur des soins issus de la migration, qui vivent (« live-ins ») dans les ménages où elles/ils travaillent et qui assurent une prise en charge des client-e-s vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Le nombre d'agences de placement s'occupant du domaine de la prise en charge vingt-quatre heures sur vingt-quatre a augmenté et ce, notamment depuis l'extension de la libre-circulation aux ressortissant-e-s des pays de l'Europe de l'Est membres de l'Union européenne. Or les conditions de travail sont très précaires: bas salaires, durées de repos non réglementées, heures de présence (stand-by) non payées, isolement social, travail dont les exigences dépassent les capacités des travailleuses et travailleurs (Schilliger 2012). Dans la plupart des cas, l'engagement de « live-ins » pour des personnes nécessitant des soins ne se fait pas pour des raisons de coût avec les organisations de soins à domicile, mais il représente plutôt une solution de rechange au placement en institution (homes, EMS).

Les sans-papiers, à savoir des migrant-e-s sans statut légal et provenant souvent d'Amérique latine, effectuent également du travail de prise en charge lié à l'économie domestique. Une étude récente sur les sans-papiers employées dans les ménages de la région zurichoise estime qu'il existe dans le seul canton de Zurich près de 8'000 sans-papiers, essentiellement des femmes, qui travaillent dans des ménages et sont engagées à l'heure dans la plupart des cas (Knoll/Schilliger/Schwager 2012). Au niveau national, le nombre de sans-papiers travaillant dans les ménages devrait se situer entre 35'000 et 50'000. L'on ne connaît cependant pas la part des ménages qui recourent à des employées de maison sans-papiers pour s'occuper de personnes nécessitant des soins (d'autres motifs d'engagement sont par exemple: décharger la famille dans les tâches ménagères et la prise en charge des enfants).

L'accroissement du nombre de ces « anges de Pologne » (Greuter/Schilliger 2009) nécessite d'urgence une réponse syndicale et sociopolitique. Avec la convention 189 de l'OIT et le contrat-type de travail (CTT) valable au niveau national (cf. chapitre 4), nous disposons d'instruments de réglementation. Néanmoins, le CTT national déploie peu d'effets aussi longtemps que la question des heures de travail et de présence n'est pas réglée ; dans certains cantons, des CTT règlent ces questions, mais là aussi de manière insatisfaisante car ces dispositions ne sont pas impératives et les employeurs peuvent y déroger avec facilité. C'est pourquoi cette situation exige que le travail rémunéré effectué dans les ménages soit au minimum réglementé dans le cadre de la Loi sur le travail.

2.6. Le nouveau financement hospitalier (DRG) et les organisations de soins à domicile

Le nouveau régime de financement hospitalier en vigueur depuis le 1.1.2012 a pour effet que les hôpitaux de soins aigus renvoient les patient-e-s plus rapidement à leur domicile qu'auparavant. Il en résulte un accroissement proportionnel des besoins en soins post-hospitaliers ainsi qu'une hausse en conséquence des exigences requises, qui doivent remplir les conditions de la prise en charge postopératoire. En partie, la prise en charge de ces soins post-hospitaliers est reportée sur le personnel des structures d'aide et soins à domicile, le reste sur les structures de réhabilitation ou dépend des prestations fournies par les proches. Ces prochaines années, nous

verrons dans quelle mesure les organisations de soins à domicile à but non lucratif arriveront à assumer ces tâches supplémentaires.

3. Conditions de travail dans les soins à domicile

Au niveau des coûts en personnel, la différence statistique entre les organisations à but non lucratif et celles à but commercial est énorme. Pour les premières, ces coûts s'élèvent à Fr. 91'377.- pour un poste plein temps et à Fr. 52'831.- pour les secondes. Cet écart important laisse deviner à quel point les conditions de travail des premières diffèrent de celles des secondes. Ces différences ne concernent pas seulement les salaires et les coûts salariaux annexes, mais aussi les formes contractuelles et les durées de travail, et sans aucun doute les coûts de formation.

3.1. Organisations de soins à domicile à but non lucratif

Les organisations à but non lucratif basent leurs conditions d'engagement essentiellement sur celles des employeurs publics du système sanitaire. Tant les prestations de soins que les prestations de l'économie domestique sont en règle générale fournies par des collaboratrices et collaborateurs qui ont un emploi fixe avec un salaire fixe, un système salarial transparent et des échelles de traitement garantissant une progression salariale. La durée des trajets pour se rendre auprès des patient-e-s et en revenir est comptée comme temps de travail.

En Suisse latine (Suisse romande et Tessin), les conditions de travail sont réglées en grande partie par des conventions collectives de travail (CCT). Les cantons du Valais et de Fribourg engagent les employé-e-s des organisations de soins à domicile avec des règlements du personnel édictés par analogie avec les statuts du personnel cantonal (lois ou règlements sur le personnel). Dans ces derniers, la grande majorité des employeurs respectent donc les conditions du droit public concernant les conditions d'engagement. Dans le canton de Genève, le personnel des soins à domicile vient de passer sous le statut de personnel cantonal (avant, une CCT réglait les conditions de travail). Dans les cantons de Vaud et Neuchâtel, le personnel est au bénéfice d'une Convention collective de travail commune à l'ensemble du personnel de santé (homes, hôpitaux, soins à domicile), dont la systématique est analogue aux conditions de travail du personnel cantonal ou communal. Jusqu'ici,

dans les cantons conventionnés, le champ d'application des CCT n'a pas encore été étendu à l'ensemble de la branche. Dans le canton de Vaud, des démarches ont été entreprises par le ssp pour concrétiser une telle extension. Certains cantons posent la condition d'appliquer une CCT ou de respecter des conditions de travail conformes aux statuts cantonaux pour octroyer des contrats de prestations et verser des subventions publiques.

En Suisse alémanique, il n'existe pour l'instant aucune CCT dans le domaine des soins à domicile. Notons que des conventions ressemblant à une CCT sont en vigueur dans les Villes de Zurich, Berne et Bienne. A Berne, la CCT a néanmoins été résiliée par les employeurs en juin 2012. Dans le canton de Bâle-Ville, en revanche, les syndicats et les employeurs ont convenu en avril 2012 d'entamer des négociations pour une CCT.

3.2. Organisations de soins à domicile à but commercial

Le niveau de formation moins élevé du personnel ne permet d'expliquer que partiellement le faible montant des coûts moyens de personnel des organisations à but commercial, à savoir Fr. 52'831.- par année. Ces organisations affichent elles aussi une part considérable de personnel soignant diplômé (à savoir 23.5% contre 30.1% pour les organisations à but non lucratif). Comme le personnel soignant diplômé ne devrait guère être disposé à travailler pour un salaire nettement plus bas que celui proposé par les organisations à but non lucratif, on peut supposer que les salaires des employé-e-s ne disposant pas d'une formation professionnelle spécialisée doivent être d'autant plus bas. Apparemment, des salaires se situant nettement au-dessous de Fr. 3000.- par mois sont monnaie courante dans ces organisations.

Les autres différences significatives concernent les conditions d'engagement précaires pratiquées par les organisations à but commercial, par exemple le travail basé sur un « contrat de mission » ou un « contrat de franchise ». Les employé-e-s ne sont alors engagés que pour un volume de travail entièrement lié aux contrats passés avec des client-e-s. Si un client annule l'engagement ou est hospitalisé, l'employé-e perd le salaire prévu pour les heures planifiées préalablement. A cela s'ajoute le fait que la durée des trajets pour se rendre auprès des client-e-s et en

revenir n'est souvent pas indemnisée. La coordination horaire de plusieurs interventions auprès de différentes personnes clientes est également une tâche placée sous la responsabilité des employé-e-s et les heures creuses¹⁰ sont un risque qu'ils/elles doivent assumer. Ainsi, « même un taux d'activité de 50% comprenant 21 heures par semaine est souvent réparti sur 5 à 6 jours et les interventions sont souvent interrompues par des heures creuses » (Greuter 2012). Ces travailleuses et travailleurs ne bénéficient pas d'un revenu garanti et de fortes fluctuations de salaire sont habituelles. Ce sont donc ces conditions d'engagement précaires qui permettent aux organisations à but lucratif de mettre en concurrence, au niveau des coûts, les structures traditionnelles à but non lucratif.

¹⁰ Dans le langage courant du secteur, on parle aussi d'heures « blanches ». Sur les plannings, ce sont les cases horaires qui ne sont pas attribuées à un-e cliente ; elles restent blanches.

Tableau 2: Comparaison entre les organisations de soins à domicile à but non lucratif et les organisations à but commercial (toutes les données concernent 2010)

	Catégorie Organisations à but non lucratif	Catégorie Organisations à but commercial	Catégorie Infirmiers/-ières indépendant-e- s ¹¹	Total
Employé-e-s (personnes) chiffre absolu	31'032	4'998	379	36'409
pourcentage par rapport au total des employé-e-s	85.2%	13.7%	1%	100%
Employé-e-s, postes à 100 % - chiffre absolu	13'827.6	1619.6	236.1	15'683.3
pourcentage par rapport au total des employé-e-s	88.2%	10.3%	1.5%	100%
Part des professions de la santé avec titre de formation du degré tertiaire au sein de la catégorie	32.7%	26.4%	100%	
Part des professions de la santé avec CFC au sein de la catégorie	24.6%	24.0%	-	
Part au sein de la catégorie sans formation professionnelle spécialisée	31.3%	42.4%	-	
Part du volume de travail des personnes ne disposant pas d'une formation spécialisée par rapport au volume de travail global de toutes les catégories ¹²	86.3%	13.7%	-	100%
Frais de personnel moyens par poste à plein temps	91'377.-	52'831.-	70'048.-	87'075.-

Source: Office fédéral de la statistique OFS (données statistiques Spitex 2010; pour le tableau fourni en complément, cf. annexe), les calculs ont été effectués par nos soins. Le tableau ne fournit pas d'indications concernant les collaboratrices et collaborateurs administratifs, ni sur celles et ceux disposant d'une formation en pédagogie sociale.

¹¹ Comme mentionné précédemment, ce chiffre est nettement trop bas parce que l'OFS n'a pas obtenu les données de tous les cantons. Nous partons du principe qu'il existe au niveau national entre 1000 et 1500 infirmiers/-ières indépendant-e-s. Cette estimation modifie les chiffres indiqués dans les statistiques de soins à domicile de l'OFS de 2%; les ordres de grandeur restent cependant inchangés.

¹² Ces chiffres contredisent clairement l'idée selon laquelle les organisations de soins à domicile à but commercial couvrent une partie essentielle des tâches relevant strictement de l'économie domestique. Dans ce dernier domaine, les organisations à but non lucratif affichent également un pourcentage de 86.3%.

3.3. La CCT de la branche du travail temporaire doit-elle être appliquée?

Le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO) a l'intention de soumettre les organisations qui proposent des prestations d'économie domestique et de prise en charge au régime applicable à la branche du travail temporaire. Certaines entreprises ont donc reçu depuis assez longtemps déjà le droit d'engager leur personnel sur la base de contrats de travail temporaire (p. ex. la société *Hausbetreuungsdienst für Stadt und Land AG*). Récemment, le SECO a même formulé l'idée d'associer l'ensemble du domaine de l'aide et des soins à domicile (y compris les organisations à but non lucratif) à la branche du travail temporaire et d'étendre le champ d'application de la CCT de cette branche à l'ensemble du domaine des soins à domicile.

La question fondamentale dans l'argumentation du SECO concerne le droit de donner des directives. Le SECO part en effet de l'idée que les bénéficiaires d'un service d'aide et de soins à domicile peuvent donner des directives concrètes, concernant le travail à effectuer, aux employé-e-s des organisations soins à domicile. Dans cette logique, les bénéficiaires assumeraient le rôle de l'employeur, tandis que l'essentiel du travail des organisations de soins à domicile consisterait uniquement à placer le personnel auprès des bénéficiaires. Cette position semble également correspondre à celle adoptée par l'ASPS (Association soins à domicile privée Suisse).

Si l'idée du SECO s'impose, cela aurait des conséquences considérables pour les employé-e-s, car ils/elles seraient exposés à une forte précarisation de leurs conditions de travail. Les trajets professionnels ne seraient plus comptés comme temps de travail, les missions effectuées morcelées et réparties sur une semaine entière, entraînant un nombre imprévisible d'heures creuses entre les prestations. De plus, le personnel n'aurait plus la garantie de toucher un salaire régulier, comme c'est d'ailleurs déjà le cas dans la plupart des organisations de soins à domicile à but commercial.

Le *ssp* s'oppose fermement à cette conception du SECO. Etant donné que ce qui va déclencher une prestation d'aide et de soins à domicile est une atteinte à la santé, on

ne peut admettre que les bénéficiaires de prestations disposent d'un droit de donner des directives qui serait un droit supérieur.

Les prestations de soins correspondantes doivent être fournies dans le respect d'un haut niveau de qualité fixé par la loi (LAMal, OAMal); ce sont les organisations d'aide et de soins à domicile qui assument la responsabilité liée à ces prestations ainsi que la surveillance de ces dernières. La possibilité pour les client-e-s de refuser de recourir à des prestations n'existe qu'en théorie, car cela entrerait immédiatement en contradiction avec le mandat de base de l'aide et des soins à domicile.

Cette constatation s'applique également aux prestations d'économie domestique qui, dans l'intérêt des client-e-s et pour des raisons médicales impératives, *ne doivent pas* être effectuées par les client-e-s eux/elles-mêmes. Le fait que la clientèle puisse choisir le produit de nettoyage utilisé ou avoir une influence sur le choix des produits alimentaires à acheter ne permet pas de conclure à l'existence d'un droit de donner des directives qui serait un droit fondamental. A cela s'ajoute le fait que les personnes fournissant des prestations d'économie domestique et de prise en charge sont coresponsables de l'assurance qualité de l'ensemble des prestations fournies et qu'elles sont, de ce fait, intégrées par leur employeur dans les procédures y relatives.

En outre, il arrive souvent que plusieurs collaboratrices et collaborateurs de l'aide et des soins à domicile soient actifs auprès de la même personne. Les intervenant-e-s qui s'occupent de sa prise en charge changent sans que le/la client-e puisse influencer ces changements (p. ex. lors d'absences pour cause de vacances). S'il s'agissait d'un contrat de travail d'agence temporaire (location de services), les client-e-s devraient nécessairement donner leur approbation à ces changements de personnel à chaque intervention.

3.4. Des CCT séparées pour les organisations de soins à domicile à but commercial?

La firme *Home Instead*, qui rejette l'application de la CCT de la branche du travail temporaire, poursuit actuellement une autre stratégie. Elle aimerait conclure une CCT avec des organisations de personnel et œuvrer simultanément pour que l'application de cette CCT soit étendue à l'ensemble de la branche. Elle entend créer

une nouvelle association patronale (cf. communiqué de presse de *Home Instead* et *Unia* du 19 avril 2012; texte d'orientation de *Home Instead* du 22.6.2012).

Nous doutons fortement qu'une telle CCT contienne des conditions de travail semblables à celles qui s'appliquent couramment dans les organisations de soins à domicile à but non lucratif. L'objectif de *Home Instead* est apparemment et avant tout de pouvoir figurer comme un employeur « social » pour être pris en compte lors de l'attribution de mandats de prestations, et encaisser des subventions publiques. Si une telle CCT devait se concrétiser, elle risque d'aboutir à des pratiques de dumping.

4. La politique du *ssp*:

Consolider l'aide et les soins à domicile en tant que service public – au moyen de conditions de travail correctes et d'un système de prestations de qualité

4.1. Les organisations de soins à domicile en tant que service public

La LAMal règle la fourniture et le financement des prestations de soins et fixe ainsi le cadre pour un service public correspondant. Cependant, le statut des prestations d'économie domestique n'est pas encore clarifié au niveau national. Il est évident que ces prestations sont fournies en lien avec des problèmes de santé dans le contexte de l'aide et des soins à domicile. Les bénéficiaires de ces prestations sont dépendants de cette aide dans les tâches ménagères pour des raisons médicales ou liées à leur âge avancé. Les prestations ménagères font donc partie de la prise en charge de personnes malades, accidentées, très âgées ou handicapées. Elles doivent être financées par des deniers publics et proposées à des tarifs très réduits. Une telle politique nécessite des moyens financiers suffisants. En outre, pour des raisons de qualité, il est important que les prestations ménagères ainsi que les prestations de soins soient fournies par la même organisation. Ces services d'aide et de soins à domicile intégrés constituent un acquis de ces dernières décennies et notre système de santé doit continuer à les garantir. Et finalement, un service public réglementé repose sur des conditions de travail correctes. Il faut souligner que le personnel moins qualifié, chargé des tâches domestiques, doit être particulièrement

protégé, car ce groupe professionnel est vulnérable et très exposé à une précarisation des conditions de travail.

L'aide et les soins à domicile fournis en tant que service public doivent être confiés à des organisations à but non lucratif et d'utilité publique. L'activité à but lucratif est en contradiction absolue avec le mandat consistant à assurer des prestations optimales aux client-e-s/patient-e-s et n'a pas sa place dans le système de santé. Les conditions pour faire adopter une telle politique sont bonnes: près de 90% du personnel et des services sont actuellement fournis par des organisations à but non lucratif. Ce fait est à souligner face à ceux qui prétendent qu'il existe une tendance inéluctable à la déréglementation et à la précarisation des services d'aide et de soins à domicile.

4.2. Renforcer la qualité des prestations de l'aide et des soins à domicile

Les prestations de soins à domicile sont des services à la personne. La rémunération des soins ne doit pas se limiter à la fourniture de prestations telles que le changement de pansements ou la mesure de la pression sanguine. Elle doit aussi inclure les discussions quotidiennes et l'attention que l'on porte à la personne ainsi que les conseils et les aides diverses. L'aide et les soins à domicile remplissent une fonction préventive dont l'un des buts est d'empêcher l'isolement et la marginalisation. Rappelons que pour bon nombre de client-e-s les collaborateurs/-trices des organisations de soins à domicile sont les seules personnes avec lesquelles ils/elles ont régulièrement des contacts. Les employé-e-s responsables des prestations telles que les tâches domestiques sont précisément les personnes qui offrent souvent une aide pour toute question relative à la vie quotidienne. A long terme, ce soutien évite aux pouvoirs publics de prendre en charge des coûts qui seraient beaucoup plus élevés.

D'autres tâches nécessitent également du temps: l'intégration des proches aidant-e-s et le soutien qu'on leur apporte jouent un rôle important, tout comme la concertation avec des curateurs/-trices ou des autorités. L'accompagnement et les conseils fournis aux personnes en matière d'alimentation sont souvent d'une importance primordiale pour leur état de santé. La hausse du nombre de cas de démences fait également augmenter le nombre de zones grises ou situations dans lesquelles un

soutien en psychiatrie gériatrique spécifique ne se justifie pas encore, mais où les besoins en prise charge se sont déjà nettement accrus.

Les collaborateurs/-trices des organisations de soins à domicile réclament un temps suffisant, qui n'est actuellement pas inclus dans les prestations standardisées. Pour effectuer toutes ces tâches, par exemple sous forme de durées de prise en charge qui peuvent être rémunérées en fonction du temps consacré, il serait nécessaire d'augmenter le temps trimestriel maximal rémunéré par les caisses pour les prestations de soins.

Le travail dans le cadre de l'aide et des soins à domicile devenant de plus en plus intensif, des échanges réguliers au sein des équipes sont indispensables. Ces échanges doivent également être rémunérés par les caisses. En outre, pour que les prestations soient de bonne qualité, les employé-e-s des soins à domicile doivent disposer de suffisamment de possibilités de formation continue.

4.3. Augmenter le financement public

L'aide et les soins à domicile constituent un maillon important (de plus en plus important à l'avenir) du système de santé public. Le ssp lutte pour que l'on soutienne l'aide et les soins à domicile par un financement public plus important que l'actuel. Les prestations ménagères doivent être maintenues comme une partie intégrante des organisations de soins à domicile à but non lucratif. Le ssp milite pour que les cantons prennent en charge tous les coûts de soins non couverts par les tarifs LAMal. A notre avis, cette obligation découle de la Constitution fédérale (article 112c al.1: « Les cantons pourvoient à l'aide à domicile et aux soins à domicile en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées »).

Le ssp est sceptique sur l'introduction d'une assurance des soins complémentaire qui viendrait s'ajouter à l'assurance de base actuelle pour augmenter le financement du système de santé : cette assurance serait fortement à charge des particuliers. Or, en comparaison internationale, la part du financement public que la Suisse accorde au système de santé est très basse. Rappelons que les impôts représentent une forme de financement plus sociale que les primes d'assurance, notamment parce qu'ils tiennent compte du revenu.

4.4. Conditions d'engagement régies par le droit public ou une CCT

Les conditions d'engagement du personnel des organisations d'aide et de soins à domicile (notamment dans les structures à but non lucratif) doivent être protégées contre les tentatives de précarisation et de dumping salarial. Il s'agit d'empêcher par tous les moyens que s'imposent des conditions d'engagement telles que celles couramment pratiquées par les organisations à but commercial.

Cela implique entre autres le respect des dispositions suivantes:

A. Rémunération :

Le système salarial respecte les mécanismes salariaux de la fonction publique cantonale de référence, en particulier :

- des échelles salariales qui tiennent compte de l'expérience au moment de l'engagement et qui garantissent la transparence dans la fixation des salaires ;
- le droit à la progression salariale annuelle (annuités).

Ces mécanismes garantissent une égalité de traitement entre salarié-e-s ; ils sont par ailleurs reconnus comme favorisant l'égalité salariale entre femmes et hommes. Toutes les autres dispositions relatives aux suppléments de salaire pour travail de nuit, aux assurances sociales, au congé maternité, à une éventuelle retraite anticipée etc... précisées par les CCT, les lois ou règlements du personnel cantonal doivent être respectées.

B. Taux d'activité

Les engagements doivent se faire sur la base d'un taux d'activité fixe, convenu dans le contrat de travail.

C. Temps de travail : autonomie et horaires

Le personnel doit disposer d'une marge de manœuvre suffisante dans la gestion du temps de travail afin de tenir compte des besoins des client-e-s, mais aussi pour se concerter avec les client-e-s et leurs proches. De même, il est nécessaire d'accorder suffisamment de temps pour les échanges au sein des équipes afin d'assurer une prise en charge optimale des client-e-s. Les trajets professionnels pour se rendre chez le/la client-e et pour en revenir doivent compter comme du temps de travail.

La flexibilité des horaires de travail doit être soumise à des restrictions suffisantes et doit entraîner des mesures d'accompagnement. Le travail sur appel doit être interdit. Les dispositions de la Loi sur le travail doivent être respectées sans aucune réserve.

D. Formation

Les formations de base et continues sont nécessaires pour garantir la qualité des soins et de l'accompagnement. Ces formations font partie du temps de travail ; elles doivent être prises en charge par l'employeur et être accessibles à toutes les catégories de personnel.

Ces revendications correspondent aux conditions d'engagement usuelles dans les organismes à but non lucratif, souvent de droit public ; elles peuvent aussi être garanties par la conclusion de CCT qui respectent, par analogie, les dispositions de droit public.

Le *ssp* s'engage aux niveaux national, cantonal et, le cas échéant, au niveau des employeurs privés, en faveur de CCT respectant les conditions énoncées ci-dessus.

Le *ssp* s'engage également, là où c'est possible, pour l'extension du champ d'application des CCT cantonales à l'ensemble du secteur.

Le *ssp* s'engage pour que les autorités publiques n'accordent des subventions cantonales qu'aux organisations de soins à domicile à but non lucratif qui respectent les conditions d'engagement du secteur public ou qui signent une CCT se fondant sur le droit public en matière de conditions d'engagement. Cette condition pour obtenir des subventions est un levier qui permet de mettre un terme à toute précarisation des conditions de travail et à la privatisation de ce service public.

Le *ssp* dénonce vigoureusement la tentative des autorités fédérales et d'une partie des organismes à but lucratif d'imposer l'application de la CCT de la branche du travail temporaire dans le domaine de l'aide et des soins à domicile.

4.5. Protéger les « live-ins »

Le *ssp* s'engage en faveur de mesures de protection des personnes résidant dans les ménages où elles travaillent (les « live-ins ») ou d'autres personnes employées

dans les ménages privés ne faisant pas partie des organisations de soins à domicile. Le *ssp* s'engage pour faire appliquer les dispositions sur les salaires minimums du Contrat-type de travail national (CTT pour les travailleurs/-euses de l'économie domestique). Au niveau cantonal, il convient d'établir formellement des CTT contraignants allant au-delà du CTT national, limité à des normes salariales, et qui règlent aussi des questions telles que les durées de repos. Le *ssp* s'engage avec vigueur en faveur de l'extension du champ d'application de Loi sur le travail à tou-te-s les employé-e-s des ménages privés. Il s'efforce d'informer les « live-ins » de leurs droits et de les syndiquer.

Bibliographie

Vania Alleva, Mauro Moretto. Kampf der Hausangestellten: Erfolgreicher Zwischenschritt für mehr Rechte. In: Denknetz-Jahrbuch 2011

Office fédéral de la statistique OFS. Statistique de l'aide et des soins à domicile 2009, Neuchâtel, novembre 2010, Statistique de l'aide et des soins à domicile 2010, Neuchâtel, novembre 2011 et Statistiques de la santé 2012, Neuchâtel 2012.

Office fédéral de la statistique OFS. Tableau complétant la statistique de l'aide et des soins à domicile 2010 (qualification, taux d'occupation et frais de personnel selon le type de fournisseur de prestations, tableau en annexe)

Rahel Gmür, Marcel Rüfenacht. Spitex. In: Gerhard Kocher/Willi Oggier (Ed.), Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012. Bern, 2010

Susy Greuter, "Das macht dich allmählich selbst krank", in: WOZ 12/2012, <http://www.woz.ch/-2886>

Susy Greuter, Sarah Schilliger. "Ein Engel aus Polen". Globalisierter Arbeitsmarkt im Privathaushalt von Pflegebedürftigen. In: Denknetz-Jahrbuch 2009

Home Instead. Texte d'orientation "Betreuung und Begleitung zu Hause". Möhlin, 22.6.2012

Anke Jähnke, Karin van Holten, Iren Bischofberger. Befragung der Spitex zur Situation in Privathaushalten mit Care-MigrantInnen. Bericht im Auftrag der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich, 2012

Heidi Stutz, Caroline Knupfer. La protection sociale du travail de care non rémunéré. Les besoins d'adaptation de l'Etat social liés à l'évolution du partage du travail entre femmes et hommes. Etude éditée par le Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (BFEG). Berne, 2012

François Höpflinger, Lucy Bayer-Oglesby, Andrea Zumbrunn: Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter – Aktualisierte Szenarien für die Schweiz, Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Verlag Hans Huber, 2011

Centre d'information AVS/AI. Prestations complémentaires à l'AVS et l'AI. Memento 5.01/d. Août 2011

Alex Knoll, Sarah Schilliger, Bea Schwager. Wisch und Weg! Sans-Papiers-Hausarbeiterinnen zwischen Prekarität und Selbstbestimmung. Zürich, 2012

OBSAN/Office fédéral de la statistique OFS. La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée – Vers une hausse de la demande de soins à domicile. Communiqué de presse du 19.5.2011

Pasqualina Perrig-Chiello, François Höpflinger, Brigitte Schegg. Étude scientifique (SwissAgeCare-2010) sur la situation des proches soignants et de l'Aide et soins à domicile en Suisse, réalisée sur mandat de l'ASSASD, 2010

Sarah Schilliger. "Polinnen sind günstig und fürsorglich". Ethnische und geschlechtliche Segregation des Arbeitsmarktes für 24-hBetreuung. In: TANGRAM 29, 2012, S.68-71

Bea Schwager. Sans-Papiers als Hausarbeiterinnen in Privathaushalten. In: Denknetz-Jahrbuch 2011

Corinne Schwaller Spampinato. Zwischen Emotionalität, Professionalität und wirtschaftlichem Spardruck: Die Ökonomisierung der Arbeitswelt 'Spitex' aus Sicht der Pflegenden. Masterarbeit an der Universität Bern, Dezember 2011

Jasmine Truong. Arbeitsmarkt Privathaushalt. Charakteristika der Unternehmen, deren Beschäftigungsstruktur und Arbeitsbedingungen. Studie im Auftrag der Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich, 2012

Matthias Wächer, Kilian Künzi. Limites des soins à domicile dans une perspective économique. Etude du bureau Bass sur mandat de l'ASSASD (en allemand avec résumé en français). Berne 2011

Annexes

Tableau 3 : Qualification, taux d'occupation et frais de personnel selon le type de fournisseur de prestations (OFS)

Aide et soins à domicile 2010	Total	Type de fournisseur de prestations						
		A but non lucratif			À but lucratif			
		Organisations à but non lucratif et de droit public	Organisations à but lucratif	Infirmiers/-ières Indépendant-e-s				
Personnel								
Total	36'409	100.0 %	31'032	100.0 %	4'998	100.0 %	379	100.0 %
Infirmier/-ière HES, formation HES (degré 5a)	82	0.2%	37	0.1%	38	0.8%	7	1.8%
Infirmier/-ière dipl. ES, formation prof. sup. (degré 5b)	10'136	27.8%	8'728	28.1%	1'051	21.0%	357	94.2%
Infirmier/-ière niveau I, degré postsecondaire (degré 4)	810	2.2%	654	2.1%	141	2.8%	15	4.0%
Infirmier/-ière-assistant-e, form. prof. initiale (degré 3)	7'781	21.4%	6'689	21.6%	1'092	21.8%	0	0.0%
Formations en travail social ou thérapeut. (degré 5)	536	1.5%	488	1.6%	48	1.0%	0	0.0%
Autres formations (commerciales)	2'726	7.5%	2'527	8.1%	199	4.0%	0	0.0%
Sans formation spécifique	14'338	39.4%	11'909	38.4%	2'429	48.6%	0	0.0%
Postes à plein temps (100%)								
Total	15'683.3	100.0 %	13'827.6	100.0 %	1'619.6	100.0 %	236.1	100.0 %
Infirmier/-ière HES, formation HES (degré 5a)	36.7	0.2%	16.5	0.1%	16.1	1.0%	4.2	1.8%
Infirmier/-ière dipl. ES, formation prof. sup. (degré 5b)	4'741.0	30.2%	4'153.8	30.0%	364.0	22.5%	223.2	94.5%
Infirmier/-ière niveau I, degré postsecondaire (degré 4)	357.6	2.3%	301.6	2.2%	47.3	2.9%	8.7	3.7%
Infirmier/-ière-assistant-e, form. prof. initiale (degré 3)	3'790.9	24.2%	3'401.6	24.6%	389.3	24.0%	0.0	0.0%
Formations en travail social ou thérapeut. (degré 5)	298.1	1.9%	276.6	2.0%	21.5	1.3%	0.0	0.0%
Autres formations (commerciales)	1'443.1	9.2%	1'348.4	9.8%	94.7	5.8%	0.0	0.0%
Sans formation spécifique	5'016.0	32.0%	4'329.1	31.3%	686.8	42.4%	0.0	0.0%
Taux d'occupation moyen								
Total	.	43%	.	44.6%	.	32.4%	.	62.3%
Infirmier/-ière HES, formation HES (degré 5a)	.	45%	.	44.5%	.	42.2%	.	59.3%
Infirmier/-ière dipl. ES, formation prof. sup. (degré 5b)	.	47%	.	47.6%	.	34.6%	.	62.5%
Infirmier/-ière niveau I, degré postsecondaire (degré 4)	.	44%	.	46.1%	.	33.5%	.	58.1%
Infirmier/-ière-assistant-e, form. prof. initiale (degré 3)	.	49%	.	50.9%	.	35.7%	.	.
Formations en travail social ou thérapeut. (degré 5)	.	56%	.	56.7%	.	44.7%	.	.
Autres formations (commerciales)	.	53%	.	53.4%	.	47.6%	.	.
Sans formation spécifique	.	35%	.	36.4%	.	28.3%	.	.
Frais de personnel								
Frais de personnel en millions de francs	1'365.63		1'263.53		85.57		16.54	
Frais de personnel moyen par poste à plein temps	87'075		91'377		52'831		70'048	

Tableau 4 : Parts des organisations de soins à domicile à but non lucratif et à but commercial par rapport au total des emplois à plein temps, par canton

	Organisations de soins à domicile à but non lucratif		Organisations de soins à domicile à but commercial	
	Emplois à 100%	Part	Emplois à 100%	Part
ZH	2017.8	85.6%	339.2	14.4%
BE	1985.0	91.2%	177.8	8.8%
LU	492.7	88.5%	63.9	11.5%
UR	54.1	100%	-	-
ZG	153.9	86.9%	23.3	13.1%
FR	353.8	100%	-	-
SO	392.7	89.6%	45.6	10.4%
BS	424.0	71.0%	172.9	29.0%
BL	397.8	86.0%	64.7	14.0%
SH	121.1	100%	-	-
SG	622.6	93.7%	42.2	6.3%
AG	615.8	90.0%	68.5	10.0%
TG	303.2	82.6%	63.8	17.4%
TI	507.0	72.8%	189.9	27.2%
VD	2051.1	94.1%	127.6	5.9%
VS	587.5	100%	-	-
GE	1439.8	87.7%	202.2	12.3%

Source: OFS 2012, calculs établis par nos soins.

Impressum

Aide et soins à domicile en Suisse – Etat des lieux

Editeur: Syndicat suisse des services publics (*ssp*)
Responsable: Beat Ringger, secrétaire central
Mars 2013

Adresse :

ssp
Birmendorferst. 67
Case postale 8279
8036 Zurich

Cette brochure peut être **commandée et obtenue gratuitement**, avec indication de l'adresse postale et du nombre d'exemplaires souhaités, par courriel **rosende@ssp-vpod.ch**

Elle peut également être consultée sur le site du SSP:

<http://www.ssp-vpod.ch/secteurs/sante.html>

