

Problématique du vendredi Risque de surcharge précédant le week-end



Signalements notifiés au CIRRNET¹

Cas 1

« Première visite : le patient a quitté l'hôpital avec une sonde. Notre mission consistait à fournir des soins médicaux et assurer la nutrition via cette sonde. Lors de la prise de contact avec l'hôpital prescripteur, il a été indiqué que les médicaments devaient être délivrés pour les 3 premiers jours, car la première visite avait lieu le vendredi après-midi. Une liste de médicaments a même été envoyée par e-mail le jeudi à 19h00. Lors de la première visite [...], il a été constaté que A : l'ordonnance pour la société HomeCare (matériel, quantité de nourriture) avait été envoyée par e-mail juste avant l'intervention et qu'elle avait été quelque peu improvisée, et B : les médicaments n'avaient pas été délivrés. [...] et comme le client avait des médicaments spécifiques, je n'ai pas pu les organiser à la hâte. En fin de compte, j'ai pu commander les médicaments pour le lendemain et le patient n'avait pas de médicaments pendant 24 heures (manque d'approvisionnement). Tout cela a pris énormément de temps. [...] »

Cas 2

« La sortie de l'hôpital, l'ordonnance et la liste des médicaments ne concordent pas pour plusieurs médicaments ; pas de rapport de sortie du médecin. Appel téléphonique à l'hôpital le lendemain de la sortie (samedi). Il s'avère que la liste de médicaments remise à la patiente n'était pas à jour. La version actualisée a été immédiatement reçue, mais il n'y a toujours pas de rapport de sortie. »

Cas 3

« Entrée le vendredi matin : divers médicaments ont été transmis de manière incomplète, le matériel de pansement et de stomie était manquant ou insuffisant, le matelas à pression alternée était défectueux et n'a pas été préparé. L'organisation de tout le matériel s'est toutefois avérée difficile car certains services n'étaient pas disponibles (Ascension/pont). Il a donc été très compliqué d'organiser le matériel spécifique. Il a fallu passer plusieurs coups de fil, ce qui a pris beaucoup de temps. De manière générale, il faudrait une meilleure organisation entre les services interdisciplinaires. Est-il vraiment nécessaire d'organiser les admissions compliquées le vendredi ??? »

Cas 4

« Lors du retour d'un patient dans un service de soins aigus, les médicaments n'ont pas été remis en stock pour une durée de trois jours comme cela est convenu avec les unités de soins. C'est particulièrement difficile pour les transferts le vendredi, car de nombreux médicaments ne sont pas disponibles. »

Cas 5

« Sortie d'hôpital : le patient du service d'aide et de soins à domicile a pu rentrer chez lui pendant le week-end sans inscription ni information au service d'aide et de soins à domicile. Le patient est gravement malade (BPCO de stade GOLD 3 avec oxygène à domicile, état suite à une consommation d'héroïne, chutes récur-

rentes, etc.). Le patient a besoin d'aide pour la mise en œuvre des traitements prescrits (médicaments, inhalation, mise de bas de contention, etc.) et pour les soins corporels, etc. [...] »

Cas 6

« Une patiente avec une iléostomie a été transférée dans une maison de retraite [le vendredi]. Elle a simplement reçu quelques poches de stomie, sans aucune consigne/instruction/ordonnance pour le matériel de stomie. La maison de retraite a tenté de joindre le service de conseil en stomie, sans succès, car deux collaborateurs étaient absents. J'ai contacté la maison de retraite parce que j'ai constaté que la patiente n'était plus hospitalisée. Le directeur m'a dit qu'ils étaient complètement débordés, il a obtenu une ordonnance du médecin traitant pour le matériel de stomie, puis il a pu se procurer le matériel pour le moment en passant par la pharmacie. »

Cas 7

« La patiente est sortie de l'hôpital le vendredi, ses médicaments ne lui ont été délivrés que jusqu'au samedi. J'ai téléphoné pour demander l'ordonnance. On m'a répondu qu'il fallait passer par le médecin traitant. Divers médicaments ne sont pas disponibles, dont l'oxycodone. Lorsqu'il a été demandé de réhospitaliser la patiente, ils ont répondu que cela n'était pas possible car le cas était déjà clos chez eux. »

1 Textes traduits de l'allemand et partiellement raccourcis et modifiés sur le plan rédactionnel pour une meilleure compréhension.





L'essentiel en bref

Quelle est l'ampleur du problème ?

Dans de nombreux secteurs du système de santé, on constate un surcroît d'activité significatif le vendredi. Des situations de surcharge récurrentes peuvent mettre en danger la sécurité des patient·e·s. Deux priorités se dessinent ici peu avant le week-end :

- Multiplication des transferts entre les secteurs de soins
- Préparation à l'arrêt des activités pendant le week-end

Bien que cette situation soit largement connue des collaborateurs et collaboratrices, l'ampleur réelle des charges supplémentaires n'a jusqu'alors guère été relevée, et il est rare que des mesures organisationnelles aient été envisagées pour y faire face.

Que peut-on faire ?

Puisqu'il est difficile d'éviter les causes de la plupart des surcharges de travail en fin de semaine de travail, il est nécessaire d'instaurer des mesures visant à mieux faire face à ce surcroît d'activité :

- Saisie objective des surcharges de travail du vendredi
- Adaptations organisationnelles pour faire face à l'augmentation de la charge de travail
- Optimisation des interfaces entre les différents secteurs de soins



Commentaire des expert·e·s

Bien que tous les secteurs de la santé et des soins ou presque soient en principe conçus pour fonctionner 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, le rythme hebdomadaire habituel exerce là aussi une influence qu'il ne faut pas sous-estimer. Les jours qui précèdent les week-ends et les jours fériés revêtent une importance particulière. En effet, la planification du travail correspond encore à la routine hebdomadaire, mais certains processus et comportements individuels sont déjà marqués à de nombreux égards par les jours suivants et les particularités qui leur sont associées. Dans de nombreux domaines, une combinaison de facteurs externes et internes entraîne une augmentation de la charge de travail, qui ne fait qu'augmenter à l'approche du vendredi. Il en résulte régulièrement des situations de surcharge qui donnent lieu à une augmentation de la probabilité d'erreurs humaines, d'omissions, de pertes d'informations ou de divergences par rapport aux procédures habituelles, ce qui entraîne des risques pour la sécurité des patient·e·s.

Facteur externe : les transferts entre les structures de soins

Juste avant le week-end et les jours fériés, bon nombre de patient·e·s² sont transféré·e·s dans d'autres structures de soins. Le transfert de responsabilités et de tâches qui en découle allège certes de nombreux domaines mais entraîne une surcharge de travail significative ailleurs. Les transferts de courte durée sont souvent associés à une transmission d'informations imprécise, incomplète ou erronée et à d'autres problèmes [1,2]. Les transferts insuffisamment préparés vers d'autres structures

de soins entraînent une charge supplémentaire importante en ce qui concerne les demandes de précisions et la fourniture d'informations, de matériel et de médicaments, ce qui constitue une source de contrariété dans le quotidien professionnel et entraîne une réduction du temps consacré aux soins. Les traitements retardés, interrompus, incomplets ou mal poursuivis compromettent en outre le succès du traitement et la sécurité des patient·e·s.

Habituellement, le nombre de transferts depuis les centres vers des établissements proches du domicile ainsi que de sorties d'hôpital augmente au cours du week-end. Par exemple, les organisations d'aide et de soins à domicile enregistrent un nombre de prises en charge jusqu'à 20% plus élevé le vendredi que les autres jours de la semaine de travail [3]. La densification du travail qui en découle dans le domaine ambulatoire s'accompagne d'un besoin accru de coordination entre les différentes personnes et structures assurant le suivi du traitement (fig. 1). L'obtention d'informations indispensables et de médicaments ou d'autres matériels nécessaires (pansements, articles pour l'incontinence, etc.) s'avère particulièrement chronophage. Les disponibilités souvent réduites le vendredi, voire parfois même inexistantes le week-end, compliquent davantage la situation et font que les problèmes ne peuvent souvent être résolus qu'au cours de la semaine suivante. Associées à d'autres facteurs, les sorties d'hôpital peu avant le week-end peuvent avoir de fortes répercussions sur les taux de réhospitalisation et de mortalité [4–7].

2 Pour simplifier la lecture de cette Quick-Alert, nous englobons dans le terme de *patient·e·s* également les client·e·s des organisations d'aide et de soins à domicile et les résident·e·s des institutions du long séjour ou de réadaptation.

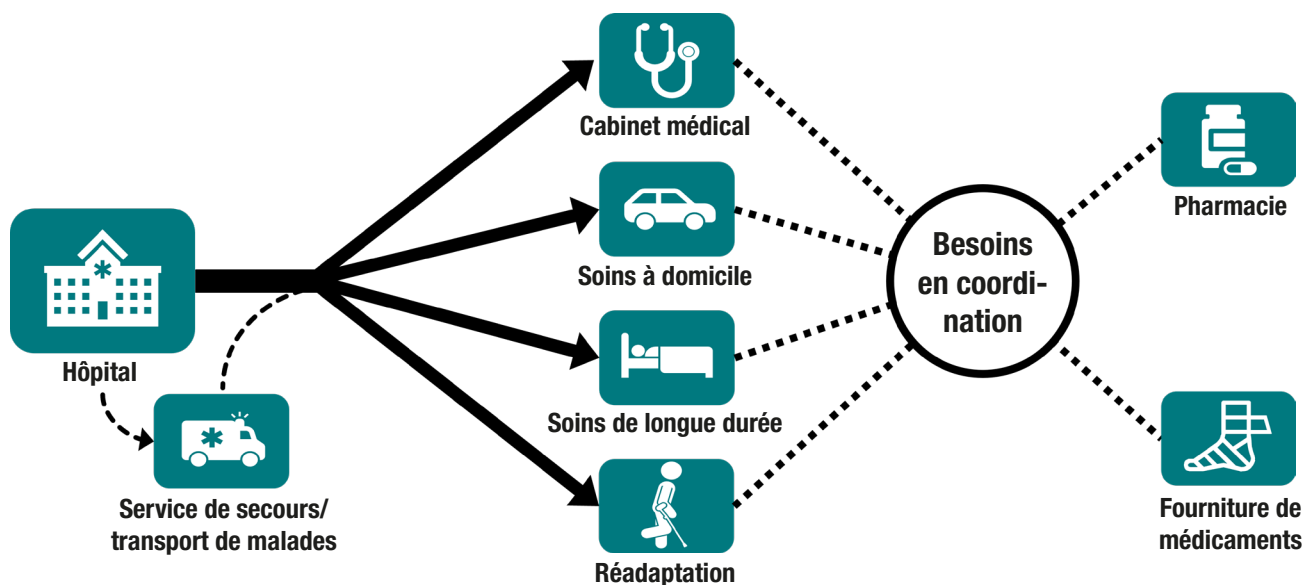


Fig. 1 : Les sorties d'hôpital nécessitent une coordination importante entre les différentes personnes et institutions assurant le suivi du traitement.

Parallèlement, bon nombre de patient-e-s du secteur ambulatoire et des domaines des soins de longue durée et de la réadaptation, pour lesquels il faut craindre une dégradation de leur état de santé pendant le week-end, sont de plus en plus souvent hospitalisés à titre préventif (fig. 2). On peut supposer que des réflexions critiques relatives aux possibilités d'intervention rapide dans les jours suivants sont au premier plan. Malgré leur caractère préventif, les décisions sont généralement prises à court terme et sans préparation préalable. Les interventions primaires de niveau 2 effectuées par les services de secours (*intervention immédiate pour un patient stable présentant un risque*

faible à modéré d'aggravation) peuvent servir d'indicateurs à cet égard. Dans plusieurs domaines d'intervention, le nombre d'interventions est systématiquement jusqu'à 7% plus élevé le vendredi que les autres jours de la semaine [8,9]. La surcharge dans les centres d'urgence et dans les autres services de soins ultérieurs est non seulement due aux mesures médicales et administratives inévitables, mais aussi à la collecte d'informations, qui est particulièrement requise dans le cas d'admissions spontanées et qui est souvent longue et réalisée dans des conditions difficiles [10].

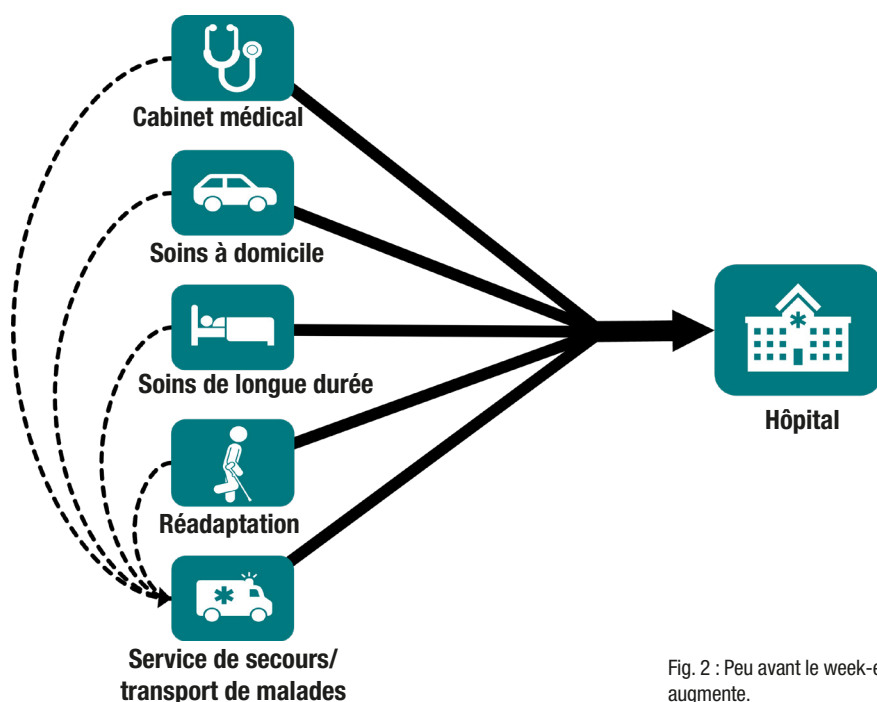


Fig. 2 : Peu avant le week-end, la tendance aux hospitalisations préventives augmente.

Remarque

La surcharge de travail le vendredi n'est pas seulement révélée par de nombreuses déclarations CIRS, elle est régulièrement soulignée par les collaborateurs et collaboratrices de tous les secteurs de soins dans le cadre de manifestations CIRNET, d'Incident Talks, de cours ERA et d'autres supports d'échange. Toutefois, il n'existe pas encore d'enquêtes prioritaires sur ce sujet. C'est pourquoi plusieurs organisations ont été contactées et priées de fournir les informations correspondantes. Toutefois, en raison de la structure différente des enquêtes locales et de la réticence de nombreuses organisations à communiquer des données internes, il n'a pas été possible d'en tirer des évaluations statistiquement valables. Néanmoins, la majorité des affirmations des collaborateurs et collaboratrices des différents domaines ont été corroborées. Pour autant, l'évaluation a également mis en évidence de très fortes disparités régionales. Dans certaines régions, la *problématique du vendredi* ne semble pas jouer un rôle important. Les chiffres avancés ne sont donc pas représentatifs ou fiables sur le plan statistique. Ils sont toutefois suffisamment clairs pour pouvoir être utilisés comme repères.

Facteur interne : préparation à l'arrêt des activités du week-end

Malgré le fonctionnement effectif 24h/24 et 7j/7 dans le secteur de la santé, le niveau d'activité général diminue de manière significative les week-ends et jours fériés. L'accent est alors mis sur la maîtrise rapide des nouveaux défis, tandis que la mise en œuvre des mesures de routine est largement limitée au minimum requis. Cela permet de tenir compte non seulement du nombre réduit de collaborateurs et collaboratrices engagé-e-s, mais aussi des modifications au sein du personnel. Dans de nombreux groupes professionnels, les spécialistes ont tendance à travailler en semaine, alors que de nombreux médecins consultants, médecins accrédités et médecins généralistes sont moins disponibles le week-end. Les conséquences de cette réduction des capacités quantitatives et qualitatives (*l'arrêt des activités le week-end*) sont bien documentées, tant à l'échelle nationale qu'internationale [11–16]. La recherche en la matière porte principalement sur les soins hospitaliers stationnaires. On peut toutefois s'attendre à ce que la situation soit comparable dans le secteur ambulatoire et dans celui des soins de longue durée.

Le fait de connaître la situation du week-end favorise consciemment, mais parfois aussi inconsciemment, la tendance à effectuer le plus de tâches possibles à l'avance, l'objectif étant de décharger autant que possible les personnes de garde les samedis, dimanches et jours fériés. Des mesures sont donc encore souvent mises en œuvre, alors qu'elles ne peuvent ensuite être exécutées que de manière limitée, voire ne pas aboutir du tout.

Il est non seulement tenu compte de la réduction des effectifs, mais aussi de la disponibilité limitée de spécialistes. Cela se manifeste par exemple par l'augmentation, dans les hôpitaux, du nombre d'interventions chirurgicales de révision non planifiées. En comparaison avec d'autres jours de la semaine, certains établissements enregistrent des augmentations pouvant atteindre plus de 100 % le vendredi, ce qui entraîne une surcharge importante des capacités d'interventions chirurgicales [17,18]. De plus, le pic de naissances recensées juste avant le week-end peut également servir de preuve [19]. Puisque cela suppose une intervention humaine sous forme d'accouchements déclenchés et de césariennes, on constate ici aussi une tendance à exécuter avant le début du week-end les tâches en cours.

Dans de nombreuses organisations, cette pratique est liée à une densification croissante des prestations. La manière dont cela affecte la sécurité des patient-e-s dépend de nombreux facteurs [20–23]. Dans ce contexte, la qualité des soins pendant le week-end suivant joue également un rôle. En effet, lorsque les ressources humaines sont limitées, que les soins ne sont pas pleinement assurés et que les possibilités de surveillance et d'intervention sont réduites, de nombreux problèmes peuvent ne survenir qu'ultérieurement, avec un certain retard. Par conséquent, il est souvent impossible d'évaluer la fréquence et les conséquences d'événements critiques ou graves en lien direct avec les facteurs à l'origine de ces événements. En principe, il faut toutefois s'attendre à des taux de complications et d'erreurs plus élevés en cas de charge de travail nettement accrue [24–27].



Recommandations

Documenter la situation

En ce qui concerne la signification effective des surcharges décrites le vendredi, on peut s'attendre à de très fortes disparités selon les secteurs et les régions. Il est donc important que chaque organisation puisse clarifier dans quelle mesure cela engendre des problèmes importants sur le terrain. Les données liées à la performance opérationnelle peuvent par exemple fournir de premiers indices à cet égard. Celles-ci sont de toute façon collectées et la répartition du travail sur les différents jours peut généralement être évaluée sans problème. Toutefois, la pertinence des chiffres qui en découlent est limitée, car ils ne reflètent souvent que partiellement la réalité. Même des augmentations qui semblent relativement faibles peuvent s'accompagner, dans la pratique, d'un surcroît de travail disproportionné. Par conséquent, une évaluation ciblée des heures supplémentaires effectuées le vendredi ainsi que d'autres indicateurs peuvent être utiles afin de mieux évaluer la charge réelle. Dans l'optique d'une approche systémique, il conviendrait en outre de ne pas se limiter aux effets mesurables, mais de tenir également compte des interactions sous-jacentes. Dans le domaine des soins hospitaliers stationnaires, par exemple, il serait judicieux de comparer les données de réhospitalisation disponibles avec celles des jours de sortie. De cette manière, il serait possible d'identifier des corrélations entre les sorties d'hôpital peu avant le week-end et les réadmissions non planifiées. Des analyses comparables seraient également possibles dans les secteurs ambulatoires infirmiers et médicaux, des soins de longue durée ou des établissements de réadaptation. Ici aussi, une comparaison entre les jours de la semaine où ont lieu les admissions et les réhospitalisations pourrait fournir de précieuses indications. Dans l'idéal, ces informations serviraient ensuite de base à un échange coordonné entre les différents secteurs de soins, afin de pouvoir évaluer ensemble les connaissances acquises.

Cependant, quelle que soit l'importance de la gestion des chiffres, il est essentiel de ne pas se limiter à une analyse isolée des données, mais d'examiner la situation de manière plus approfondie s'il existe des indicateurs d'un problème existant. La combinaison d'évaluations quantitatives et qualitatives permet non seulement d'aboutir à une évaluation précise de la situation, mais aussi d'élaborer des solutions plus ciblées (fig. 3). Pour ce faire, il est indispensable d'intégrer également les connaissances des personnes directement concernées. Il s'agit tout d'abord des collaborateurs et collaboratrices, qui sont généralement en mesure de décrire la situation avec exactitude et d'apporter de précieuses informations sur les causes sous-jacentes et les conséquences qui en résultent. Par ailleurs, il ne faut pas négliger la prise en compte d'informations disponibles provenant des patient-e-s et de leurs proches. Leurs observations sur les problèmes actuels d'interface peuvent s'avérer très précieuses étant donné qu'ils assurent leur traitement/prise en charge tout au long du processus, au-delà même des frontières sectorielles. Dans la plupart des structures, une grande partie des retours d'information est déjà disponible dans le cadre de la gestion générale des feedbacks. Cette source d'information très importante peut donc être exploitée relativement facilement grâce à une analyse ciblée, avec peu d'effort supplémentaire.

En complément, il est utile d'analyser les déclarations CIRS internes en lien avec cette problématique. Dans la plupart des systèmes, il est possible, même sans indication explicite, de retracer le jour de la semaine à l'aide de la date d'annonce et d'en déduire ainsi des ensembles d'erreurs et de problèmes habituels. Afin d'obtenir une évaluation aussi complète que possible, il est important de regrouper les différents signalements et de les évaluer comme une thématique à traiter conjointement.

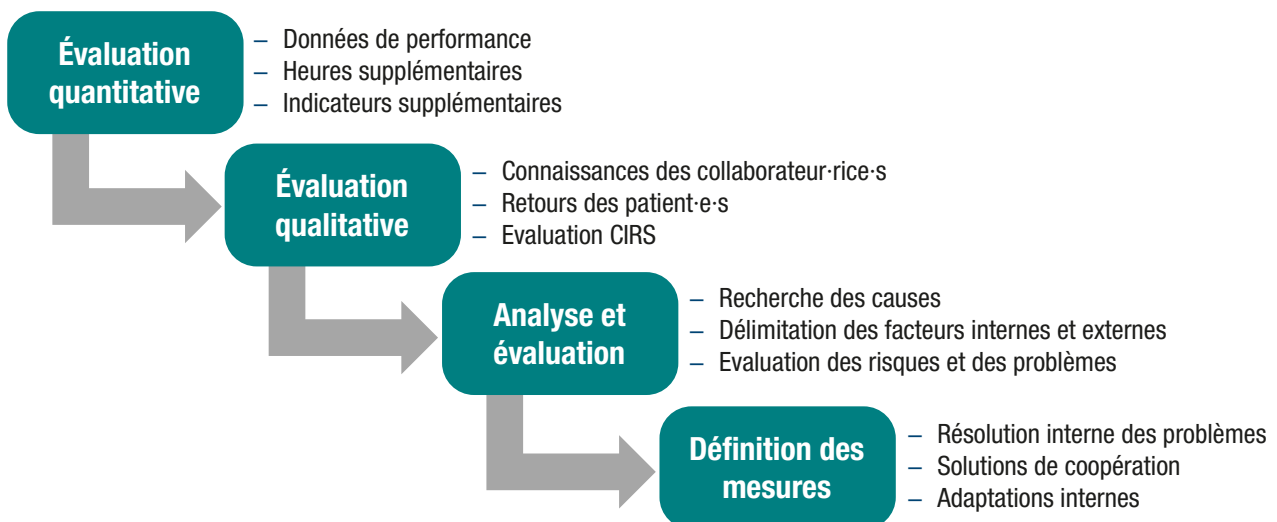


Fig. 3 : La combinaison d'évaluations quantitatives et qualitatives peut servir de base à une évaluation objective de la *problématique du vendredi*.

Transferts entre les structures de soins

En théorie, une réduction des transferts entre les structures de soins permettrait d'apaiser la situation du vendredi. Cependant, il apparaît clairement que bon nombre de ces transferts sont objectivement inévitables. En effet, ils sont en partie liés aux attentes des patient-e-s et de leurs proches, qui espèrent par exemple sortir de l'hôpital le week-end. Par conséquent, des solutions axées sur des circonstances difficiles à modifier auraient peu de chances de succès. Il est donc bien plus judicieux d'agir pour améliorer la qualité des transferts entre les secteurs de soins, et ce de manière intersectorielle. L'expérience montre qu'il n'est pas facile d'optimiser durablement les interfaces entre les différentes structures et services, mais qu'il existe des chances réalistes d'obtenir des améliorations efficaces. Bien entendu, le bien-être des patient-e-s doit être la priorité absolue et la motivation première de ces activités. Toutefois, il est également dans l'intérêt organisationnel et économique de toutes les structures de rendre les transferts plus sûrs. La prévention des réhospitalisations non planifiées doit être considérée comme un aspect de cette thématique et illustre l'importance de la coopération intersectorielle. Leur nombre ne peut être lié de manière générale ou directe à des facteurs individuels (p. ex. une durée

de séjour plus courte) [28–31]. Toutefois, il est évident que la qualité de la planification des sorties et de la transmission des informations nécessaires à cette fin a une incidence importante sur les soins post-stationnaires. Les maladies graves et les incohérences dans la poursuite du traitement médicamenteux augmentent notamment le risque de nouvelles hospitalisations nécessaires [32–35]. À l'inverse, en cas de surcharge des services de soins ambulatoires infirmiers et médicaux, des EMS ou des centres de réadaptation, la qualité des soins sur place peut s'en voir dégradée, ce qui peut entraîner une augmentation du nombre d'hospitalisations, et donc une charge plus importante pour le secteur des soins hospitaliers stationnaires [36–39]. La tendance à des départs anticipés en est une éventuelle conséquence, qui se répercute ensuite sur les autres secteurs (ambulatoires, réhabilitation et EMS) (fig. 4). Bien que ces phénomènes dits de *tournoiement* ne soient pas limités à certains jours de la semaine, ils peuvent avoir des conséquences particulièrement graves juste avant le week-end, puisque l'on sait que les jours suivants, les capacités à résoudre les problèmes dans tous les domaines concernés sont considérablement limitées. Les déficits au niveau des interfaces intersectorielles ont donc un impact particulièrement important le vendredi.

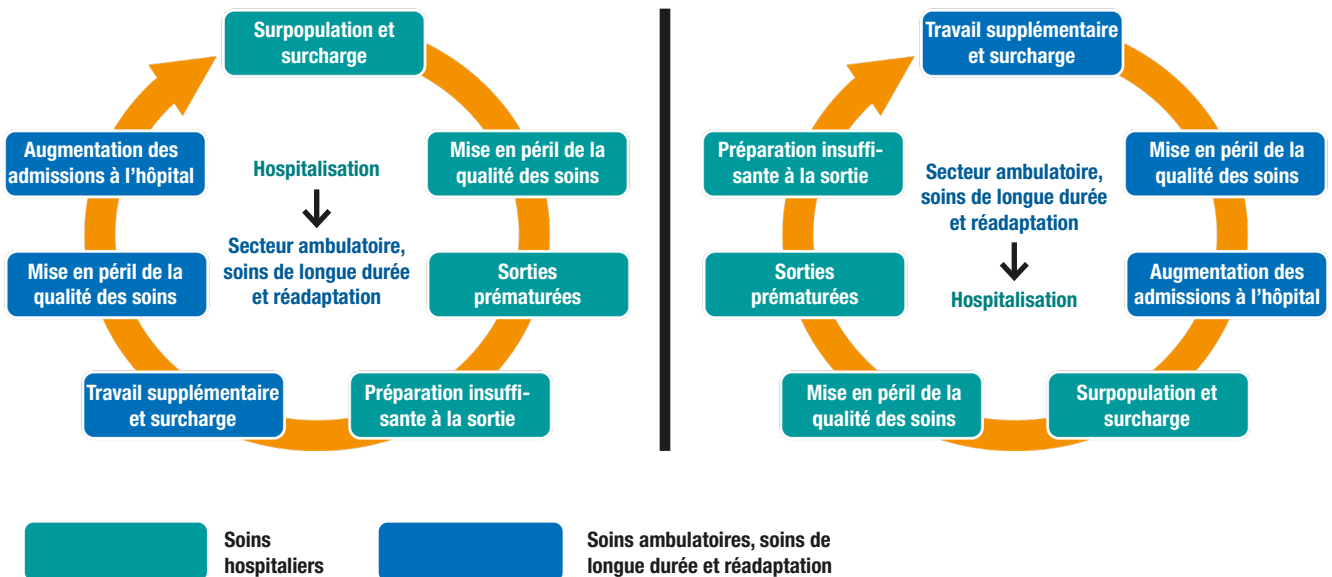


Fig. 4 : Les situations de surcharge peuvent entraîner des phénomènes dits de *tournoiement* dans tous les domaines de soins.

La recherche de solutions communes et l'acceptation de nouvelles réglementations ou de charges supplémentaires qui en découlent dépendent en grande partie de la connaissance des problèmes qui surviennent et de la prise de conscience de la nécessité d'agir. Cela implique, en retour, de connaître le point de vue des autres secteurs et structures. Toutefois, comme il n'existe que peu de procédures de feedback ou de canaux d'échange bien établis dans le secteur de la santé, cette communication importante a généralement lieu de manière spo-

radique. On constate notamment de manière récurrente que les responsables de la sécurité ne prennent connaissance des risques que par le biais de descriptions de cas isolées, et qu'ils ne peuvent donc pas être pleinement conscients des conséquences qui en résultent [40,41]. Il est tout à fait possible de combler ce manque d'informations en organisant régulièrement des réunions intersectorielles entre les différentes structures au niveau local/régional [42,43]. Toutefois, ces rencontres ne seront d'aucune utilité si elles ne servent pas de base à la mise en

œuvre de mesures concrètes et efficaces. Cela vaut en particulier pour les problématiques qui sont généralement abordées à de telles occasions. Outre les déficits en matière de transmission d'informations lors du transfert de patient-e-s, de telles problématiques incluent aussi les interruptions de traitement consécutives au manque de médicaments ou de moyens auxiliaires liées à un transfert. C'est précisément dans ces cas précis qu'il existe une forte corrélation entre les jours de la semaine où ces problèmes surviennent, et les conséquences qui en résultent. Étant donné qu'il est souvent impossible de trouver une solution à ces problèmes le jour même et que leur résolution le week-end échoue fréquemment en raison d'un manque de personnel ou de difficultés à joindre les services ou personnes impliqués, ces problèmes de coordination sont particulièrement graves le vendredi. Afin d'éviter de tels incidents, il est essentiel de définir, lors des réunions intersectorielles, des accords-cadres institutionnels réglant la distribution de médicaments, de pansements, d'articles pour l'incontinence et de tout autre matériel important. Cela doit notamment permettre de réduire les interruptions de traitements médicamenteux et des soins des plaies le week-end, et d'assurer ainsi une meilleure continuité des traitements.

Dans le même temps, il est conseillé de définir des objectifs communs afin de réduire les interactions négatives entre les différents secteurs. L'optimisation des transferts vers d'autres secteurs de soins permet non seulement d'améliorer les processus de travail mais aussi la continuité des soins. Une approche systémique montre que la réduction des complications et autres événements indésirables dans d'autres secteurs de soins permet finalement de soulager son propre domaine. Le fait de réduire simplement les efforts supplémentaires liés au traitement des demandes de renseignements ou à la recherche et la fourniture de documents manquants suffit à alléger considérablement la charge de travail. Par ailleurs, éviter les phénomènes de *tourniquet* contribue efficacement à prévenir une surcharge de l'ensemble du système [44–46]. Dans ce contexte, il convient toutefois de garder à l'esprit que les processus liés aux transferts dans d'autres secteurs sont généralement déjà définis et réglementés. Le défi consiste donc en premier lieu à assurer la sécurité et la fiabilité des transferts de courte durée, pour lesquels des mesures organisationnelles nécessaires doivent être prises dans des délais serrés. Comme nous le savons, il est possible, en partie, de faciliter le respect des procédures prescrites en planifiant le transfert en temps voulu. Il convient toutefois de s'assurer que les documents ou matériels préparés en amont soient toujours d'actualité et que d'éventuels ajustements thérapeutiques soient pris en compte. Bien que les systèmes d'information cliniques utilisés dans les différents secteurs constituent une aide précieuse, il existe souvent un potentiel d'amélioration dans ce domaine. Les adaptations logicielles utiles, qui peuvent contribuer à une gestion détaillée et structurée des transferts, devraient donc être hautement prioritaires. Puisque de telles mesures d'amélioration sont souvent considérées avant tout sous l'angle de la charge financière qu'elles impliquent, il peut être judicieux d'exposer non seulement le potentiel d'amélioration de la qualité et de l'efficacité qu'elles représentent, mais

aussi d'évaluer les dépenses par rapport au coût total des technologies de l'information [47]. En outre, l'intégration d'applications utiles, p. ex. des liens directs vers le système d'inscription pour les organisations d'aide et de soins à domicile (OPAN) ou de fonctions de soutien similaires, peut contribuer à réduire les charges supplémentaires qui peuvent être évitées tout en améliorant le respect des processus.

Compte tenu des durées d'hospitalisation de plus en plus courtes et du transfert croissant de traitements complexes vers les structures des soins de longue durée et de réadaptation une mise en réseau plus étroite entre les différents secteurs est indispensable à moyen et long terme. Cela nécessite, entre autres, un meilleur échange d'informations et de données, qui ne peut être assuré que par des interfaces fonctionnelles ou par des systèmes d'information clinique partagés. En parallèle, il sera également nécessaire de répondre, sur le plan organisationnel, aux exigences croissantes en matière de soins à fournir. De nouveaux concepts, grâce auxquels les transferts entre les structures sont organisés de manière fluide en y impliquant tous les partenaires de traitement, peuvent contribuer à combler les lacunes existantes [48–50]. Des effets positifs sont attendus, notamment en ce qui concerne la prévention des interruptions et retards thérapeutiques dangereux lors des transferts intervenant peu avant le week-end.

Adaptations internes pour faire face à la surcharge

Malgré tous les efforts, il reste difficile, voire impossible d'influer sur les causes des *effets du vendredi* décrits ci-avant. Par conséquent, il est essentiel pour toutes les organisations d'identifier les charges supplémentaires qui en résultent, de les planifier et de trouver des moyens de garantir la sécurité des patient-e-s. Là encore, il convient également de tenir compte des répercussions générales que le rythme hebdomadaire exerce sur les individus. Au cours d'une semaine de travail, le stress des collaborateurs et collaboratrices s'accumule et le besoin de repos devient de plus en plus important. Par conséquent, il faut s'attendre à une augmentation de la fatigue cognitive ou mentale, entraînant une hausse des erreurs d'attention et des petites fautes le vendredi, en particulier l'après-midi [51–53]. Ces enseignements tirés du monde du travail en général ne peuvent pas être intégralement transposés dans le champ de la santé en raison de conditions-cadres différentes, mais restent importants dans ces secteurs. Malgré la répartition complète entre le travail par équipes et le service de piquet afin de pouvoir assurer un fonctionnement 24h/24 et 7j/7, une grande partie des prestations est effectuée dans le cadre d'une activité de routine, du lundi au vendredi. Ainsi, les effets négatifs qui surviennent en fin de semaine ne doivent ni être négligés ni ignorés. Dans de nombreux secteurs, on essaie d'agir de manière ciblée en réduisant le nombre de tâches importantes ou de réunions afin de répondre à la baisse de productivité et au risque accru d'erreurs à l'approche du week-end [54,55]. Dans le champ de la santé, non seulement il est difficile de parvenir à alléger le quotidien des collaborateurs et collaboratrices en employant de telles stratégies, mais l'on constate même aussi une augmentation de la charge de travail. Il est donc nécessaire de trouver d'autres

approches pour contrer la combinaison dangereuse de la baisse de la productivité et de l'augmentation de la charge de travail.

Bien qu'une part importante de la surcharge de travail du vendredi soit imputable à des facteurs peu prévisibles voire imprévisibles, le fait qu'ils surviennent non pas de manière isolée mais régulièrement dans de nombreux domaines permet d'établir des écarts moyens par rapport à d'autres jours. Si l'évaluation quantitative et qualitative (voir ci-dessus) révèle des situations de surcharge récurrentes, il est nécessaire d'analyser les risques qui y sont associés. En cas d'identification d'un risque pour la sécurité des patient-e-s, il incombe au niveau hiérarchique compétent de réagir en conséquence. Étant donné que les facteurs sous-jacents se situent généralement en dehors de la sphère d'influence, la seule possibilité reste d'adapter les conditions-cadres. L'objectif doit être de trouver un équilibre entre les ressources humaines disponibles et la charge de travail effective. On peut y parvenir soit en réduisant les contraintes liées aux activités, soit en augmentant les effectifs (fig. 5). Si, par exemple, une salle d'opération est systématiquement surchargée par des interventions de révision juste avant le week-end, il est conseillé d'adapter en conséquence le programme

opératoire prévu afin de garantir une prise en charge sûre et adaptée aux besoins avec les capacités disponibles. Toutefois, une réduction des prestations habituellement fournies impliquerait souvent une baisse de la qualité des soins, ce qui serait donc inacceptable. Dans de tels cas, il peut être nécessaire de faire face à l'augmentation de la charge de travail en renforçant les effectifs. Plusieurs organisations d'aide et de soins à domicile ont par exemple déjà adapté leur planification afin de pouvoir gérer en toute sécurité le nombre élevé de sorties d'hôpital (parfois à court terme et/ou insuffisamment préparées) les vendredis, ainsi que les surcharges de travail qui en découlent, en augmentant leur personnel.

De telles mesures peuvent être utiles pour maîtriser les charges de travail supplémentaires afin d'éviter une surcharge pour le personnel et une mise en danger de la sécurité des patient-e-s. À moyen ou long terme, l'objectif serait toutefois de répartir les tâches aussi uniformément que possible sur les jours de la semaine et d'éviter les pics de travail, ce qui devrait également avoir des effets positifs sur les prestations de soins fournies le week-end.

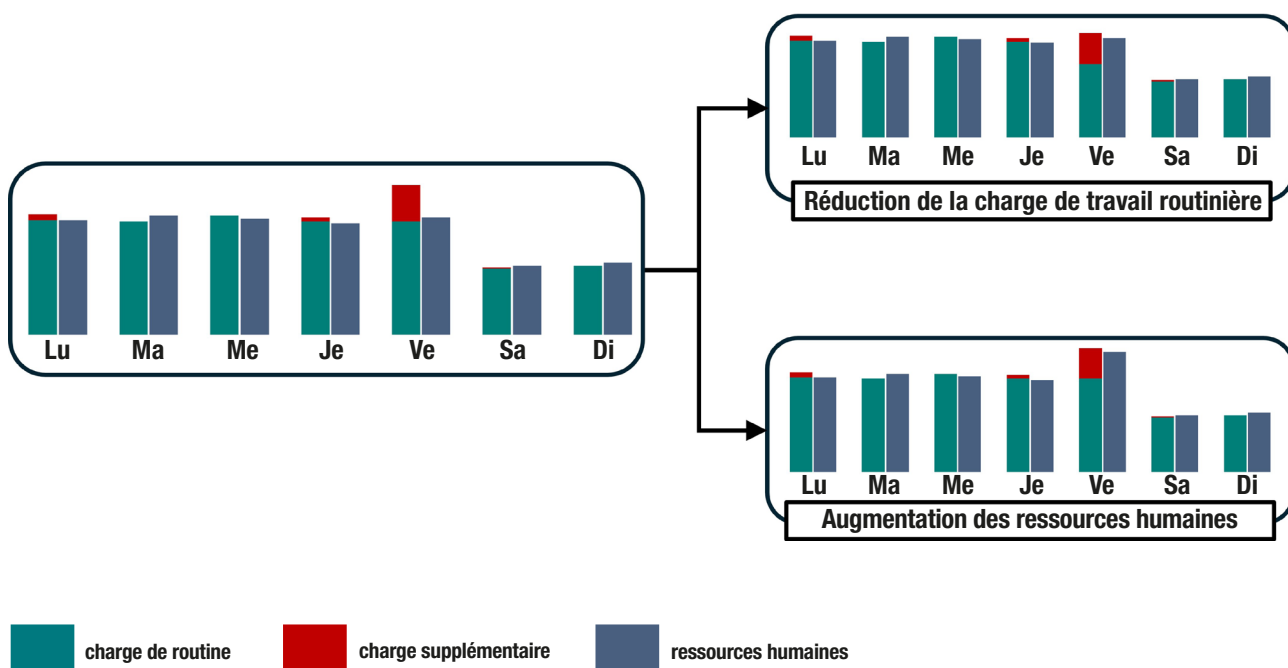


Fig. 5 : L'équilibre entre les ressources humaines disponibles et la charge de travail effective peut être atteint soit en réduisant les contraintes liées aux activités de routine, soit en augmentant les effectifs.

Auteur-riche-s et spécialistes ayant participé à l'élaboration du présent document

- Helmut Paula, EMBA HSM, Fondation Sécurité des patients Suisse (jusqu'en juillet 2026)
- Carmen Kerker, MScN, Fondation Sécurité des patients Suisse
- Claudia Kühn, MAS, Fondation Sécurité des patients Suisse

La présente Quick-Alert® a été approuvée par les associations professionnelles/organes suivants :

- Comité du CIRNET



Contact

Fondation Sécurité des patients Suisse

Nordstrasse 31
CH-8006 Zurich
T +41 43 244 14 80
cirnet@patientensicherheit.ch
www.patientensicherheit.ch/quick-alerts-fr

Remarque

Cette problématique a une importance qui dépasse le cadre régional. Merci d'en examiner la portée pour votre établissement et de veiller, le cas échéant en accord avec les organismes dont vous relevez, à ce qu'elle soit diffusée de manière ciblée et, si nécessaire, à un large public.

Les présentes recommandations visent à sensibiliser et à soutenir les institutions de santé et les professionnel-le-s travaillant dans le domaine de la santé pour l'élaboration de directives internes à leur établissement. Il incombe aux fournisseurs de prestations de les examiner dans leur contexte local et de décider si elles revêtent un caractère obligatoire ou si elles doivent être modifiées ou rejetées. La forme spécifique et l'application à chaque cas selon les mesures de précaution en vigueur (en fonction des conditions locales sur le plan technique, entrepreneurial, légal, personnel et de la situation) relèvent exclusivement de la responsabilité des prestataires compétents.

Bibliographie

- 1 Fondation Sécurité des patients Suisse (CIRNET). Risques lors du transfert de patient-e-s vers d'autres secteurs de prise en charge. Évaluation du mois de déclaration CIRNET 2023.
- 2 Parliamentary and Health Service Ombudsman. A report of investigations into unsafe discharge from hospital. 2016.
- 3 Fondation Sécurité des patients Suisse. Évaluation des enregistrements du service d'aide et de soins à domicile concernant le jour de la semaine. *Document interne*. 2025.
- 4 Nüssler N, Schmidt-Schönthal C, Nüssler A, et al. Mehr Wiederaufnahmen nach Krankenhausentlassung am Freitag (Augmentation du nombre de réadmissions après la sortie de l'hôpital le vendredi). *Deutsches Ärzteblatt*. 2006; Jg. 103:927–32
- 5 van Walraven C, Bell C. Risk of death or readmission among people discharged from hospital on Fridays. *CMAJ*. 2002;1672–3.
- 6 Glans M, Kragh Ekstam A, Jakobsson U, et al. Risk factors for hospital readmission in older adults within 30 days of discharge – a comparative retrospective study. *BMC Geriatr*. 2020;20. doi: 10.1186/s12877-020-01867-3
- 7 Considine J, Berry D, Newnham E, et al. Factors associated with unplanned readmissions within 1 day of acute care discharge: A retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2018;18. doi: 10.1186/s12913-018-3527-6
- 8 Interassociation de sauvetage (IAS). Terminologie de l'assurance qualité de l'IAS. 2025.
- 9 Fondation Sécurité des patients Suisse. Évaluation des interventions des services de secours concernant le jour de la semaine. *Document interne*. 2025.
- 10 Born J, Bohn A, Kumpers P, et al. Availability of patient information in the emergency department: Wish and reality. *Med Klin Intensivmed Notfmed*. 2023;118:54–61. doi: 10.1007/s00063-021-00881-6

- 11 Slanic M. Rapport Obsan: Médecins de premier recours – Situation en Suisse et en comparaison internationale. 2019.
- 12 Sutton E, Bion J, Aldridge C, *et al.* Quality and safety of in-hospital care for acute medical patients at weekends: A qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2018;18. doi: 10.1186/s12913-018-3833-z
- 13 Becker DJ. Do hospitals provide lower quality care on weekends? *Health Serv Res.* 2007;42:1589–612. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00663.x
- 14 Sharma N, Moffa G, Schwendimann R, *et al.* The effect of time-varying capacity utilization on 14-day in-hospital mortality: a retrospective longitudinal study in Swiss general hospitals. *BMC Health Serv Res.* 2022;22. doi: 10.1186/s12913-022-08950-y
- 15 Sharma N, Schwendimann R, Endrich O, *et al.* Variation of daily care demand in Swiss general hospitals: Longitudinal study on capacity utilization, patient turnover and clinical complexity levels. *J Med Internet Res.* 2021;23. doi: 10.2196/27163
- 16 Musy SN, Endrich O, Leichtle AB, *et al.* Longitudinal Study of the Variation in Patient Turnover and Patient-to-Nurse Ratio: Descriptive Analysis of a Swiss University Hospital. *J Med Internet Res.* 2020;22. doi: 10.2196/15554
- 17 Müller V, Strauchmann J, Katou S, *et al.* Influence of Weekday of Surgery on Operative Complications. An Analysis of 25.000 Surgical Procedures. *Clin Res Trials.* 2017;3. doi: 10.15761/crt.1000192
- 18 Fondation Sécurité des patients Suisse. Évaluation des interventions de révision concernant le jour de la semaine. *Document interne.* 2025.
- 19 Office fédéral de la statistique (OFS). Naissances à l'hôpital, en 2023. 2025.
- 20 Sharma N, Moffa G, Schwendimann R, *et al.* The effect of time-varying capacity utilization on 14-day in-hospital mortality: a retrospective longitudinal study in Swiss general hospitals. *BMC Health Serv Res.* 2022;22. doi: 10.1186/s12913-022-08950-y
- 21 Ranganathan S, Riveros C, Tsugawa Y, *et al.* Postoperative Outcomes Following PrewEEKEND Surgery. *JAMA Netw Open.* 2025;e2458794. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.58794
- 22 Suissa S, Dell'Aniello S, Suissa D, *et al.* Friday and weekend hospital stays: Effects on mortality. *European Respiratory Journal.* 2014;44:627–33. doi: 10.1183/09031936.00007714
- 23 Roberts CM, Lowe D, Skipper E, *et al.* Effect of time and day of admission on hospital care quality for patients with chronic obstructive pulmonary disease exacerbation in England and Wales: Single cohort study. *BMJ Open.* 2017;7. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015532
- 24 Nahrgang JD, Morgeson FP, Hofmann DA. Safety at Work: A Meta-Analytic Investigation of the Link Between Job Demands, Job Resources, Burnout, Engagement, and Safety Outcomes. *Journal of Applied Psychology.* 2011;96:71–94. doi: 10.1037/a0021484
- 25 Fagerström L, Kinnunen M, Saarela J. Nursing workload, patient safety incidents and mortality: An observational study from Finland. *BMJ Open.* 2018;8. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016367
- 26 Leviatan I, Oberman B, Zimlichman E, *et al.* Associations of physicians' prescribing experience, work hours, and workload with prescription errors. *J Am Med Inform Assoc.* 2021;28:1074–80. doi: 10.1093/jamia/ocaa219
- 27 Kang JH, Kim CW, Lee SY. Nurse-Perceived Patient Adverse Events depend on Nursing Workload. *Osong Public Health Res Perspect.* 2016;7:56–62. doi: 10.1016/j.phrp.2015.10.015
- 28 Kutz A, Gut L, Ebrahimi F, *et al.* Association of the Swiss Diagnosis-Related Group Reimbursement System with Length of Stay, Mortality, and Readmission Rates in Hospitalized Adult Patients. *JAMA Netw Open.* 2019;2. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.8332
- 29 Havranek NM. Handbuch «Ungeplante Rehospitalisationen» (ausführliche Version). (Manuel « Réhospitalisations non planifiées » [version détaillée]).
- 30 Fluitman KS, Van Galen LS, Merten H, *et al.* Exploring the preventable causes of unplanned readmissions using root cause analysis: Coordination of care is the weakest link. *Eur J Intern Med.* 2016;30:18–24. doi: 10.1016/j.ejim.2015.12.021
- 31 Boesing M, Gregoriano C, Minder AE, *et al.* Predictors for Unplanned Readmissions within 18 Days after Hospital Discharge: A Retrospective Cohort Study. *Praxis.* 2023;112:57–63. doi: 10.1024/1661-8157/a003985
- 32 Meyer-Masseti C, Hofstetter V, Hedinger-Grogg B, *et al.* Medication-related problems during transfer from hospital to home care: baseline data from Switzerland. *Int J Clin Pharm.* 2018;40:1614–20. doi: 10.1007/s11096-018-0728-3
- 33 Pereira F, Verloo H, Zhivko T, *et al.* Risk of 30-day hospital readmission associated with medical conditions and drug regimens of polymedicated, older inpatients discharged home: A registry-based cohort study. *BMJ Open.* 2021;11. doi: 10.1136/bmjopen-2021-052755
- 34 Schönenberger N, Meyer-Masseti C. Risk factors for medication-related short-term readmissions in adults – a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2023;23. doi: 10.1186/s12913-023-10028-2
- 35 Fondation Sécurité des patients Suisse (CIRNET). Évaluation du mois de déclaration CIRNET 2023. Risques lors du transfert de patient-e-s vers d'autres secteurs de prise en charge.
- 36 Berlin C, Spörri A, Staub L, *et al.* Regionale Variabilität von stationären Behandlungen in der Schweiz. (Variabilité régionale des traitements stationnaires en Suisse.) *Bulletin des médecins suisses.* 2018,99:40– 4.

- 37 Guerbaai RA, Serdaly C, Simon M, et al. Ein pflegegeleitetes Versorgungsmodell zur Stärkung der geriatrischen Kompetenz in Pflegeinstitutionen: Implementierung und Evaluation des INTERCARE-Modells. (Un modèle de soins dirigé par des soignant-e-s pour renforcer la compétence gériatrique dans les établissements médico-sociaux : mise en œuvre et évaluation du modèle INTERCARE.)
- 38 Basinska K, Zúñiga F, Simon M, et al. Implementation of a complex intervention to reduce hospitalizations from nursing homes: a mixed-method evaluation of implementation processes and outcomes. *BMC Geriatr.* 2022;22. doi: 10.1186/s12877-022-02878-y
- 39 Muench U, Simon M, Guerbaai RA, et al. Preventable hospitalizations from ambulatory care sensitive conditions in nursing homes: evidence from Switzerland. *Int J Public Health.* 2019;64:1273–81. doi: 10.1007/s00038-019-01294-1
- 40 Fondation Sécurité des patients Suisse – CIRNET. 20230323_Zusammenfassung_Incident_Talk (20230323_Résumé_Incident_Talk) 2023.
- 41 Fondation Sécurité des patients Suisse – CIRNET. 20250123_Zusammenfassung_Incident_Talk (20250123_Résumé_Incident_Talk) 2025.
- 42 Morf K. Vielfältige Kooperationen von Spitälern und Spitex. (Coopérations variées entre les hôpitaux et les services d'aide et de soins à domicile.) *Magazine Aide et soins à domicile.* 2023;3.
- 43 Guery F, Morf K. Spital und Spitex sorgen für Naht- statt Schnittstellen. (L'hôpital et les services d'aide et soins à domicile veillent à des transitions fluides.) *Magazine Aide et soins à domicile.* 2024;4.
- 44 Egli Y, Halfon P, Piaget-Rossel R, et al. Measuring medically unjustified hospitalizations in Switzerland. *BMC Health Serv Res.* 2022;22. doi: 10.1186/s12913-022-07569-3
- 45 Clubbs Coldron B, MacRury S, Coates V, et al. Redefining avoidable and inappropriate admissions. *Public Health.* 2022;202:66–73. doi: 10.1016/j.puhe.2021.11.004
- 46 Sager M, Rudberg M, Jalaluddin M, et al. Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. *J Am Geriatr Soc.* 1996;3:251–7.
- 47 Fondation Sécurité des patients Suisse – CIRNET. 20251023_Zusammenfassung_Incident_Talk (20251023_Résumé_Incident_Talk) 2025.
- 48 Morf K. Für frühere Spitalentlassungen eng kooperieren. (Coopérer étroitement pour des sorties d'hôpital plus précoces.) *Magazine Aide et soins à domicile.* 2024;2.
- 49 Leong MQ, Lim CW, Lai YF. Comparison of Hospital-at-Home models: a systematic review of reviews. *BMJ Open.* 2021;11.
- 50 Koechlin S. Das Spital kommt nach Hause. (L'hôpital à domicile.) *Schweizerische Ärztezeitung.* 2024;16–9.
- 51 Tucker P, Lombardi D, Smith L, et al. The impact of rest breaks on temporal trends in injury risk. *Chronobiology International.* 2006;14:23–34.
- 52 Wallace JC, Chen G. Development and validation of a work-specific measure of cognitive failure: Implications for occupational safety. *J Occup Organ Psychol.* 2005;78:615–32.
- 53 Van Der Linden D, Keijsers GPJ, Eling P, et al. Work stress and attentional difficulties: An initial study on burnout and cognitive failures. *Work Stress.* 2005;19:23–36. doi: 10.1080/02678370500065275
- 54 Laker B, Pereira V, Budwhar P, et al. The Surprising Impact of Meeting-Free Days. *MIT Sloan Manag Rev.* 2022.
- 55 Roh T, Esomou C, Hendricks J, et al. Examining workweek variations in computer usage patterns: An application of ergonomic monitoring software. *PLoS One.* 2023;18. doi: 10.1371/journal.pone.0287976