



Le chef du
Département de la
santé et de l'action
sociale

Av. des Casernes 2
BAP
1014 Lausanne

DIRECTIVE

concernant les exigences de dotation minimale en personnel d'accompagnement dans les établissements médico-sociaux de gériatrie et de psychiatrie de l'âge avancé et les divisions C d'hôpitaux

Le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) précise, par la présente directive, les principes et les modalités d'application des exigences de dotation minimale en personnel d'accompagnement, **soins et activités socio-culturelles**, dans les EMS et les divisions C d'hôpitaux (ci-après : les EMS) dans le domaine des établissements à missions de **gériatrie** et de **psychiatrie de l'âge avancé**.

1. Bases légales

- Loi fédérale du 13 mars 1964 sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce (LTr)
- Loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP)
- Loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES)
- Loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS)
- Règlement du 26 janvier 2011 sur les établissements sanitaires et les établissements apparentés de droit privé dans le canton de Vaud (RES)
- Règlement du 28 juin 2006 d'application de la loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (RLAPRAMS)
- Directive du 31 juillet 2008 relative aux exigences concernant la direction des soins dans les établissements médico-sociaux et les divisions C d'hôpitaux
- Convention relative aux tarifs mis à la charge des résidents et des régimes sociaux lors de l'hébergement dans les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation, reconnus d'intérêt public – Convention socio-hôtelière
- Conventions relatives aux financements des soins
- Convention collective de travail dans le secteur sanitaire parapublic vaudois (CCT-SAN).

2. Objectifs

La présente directive a pour but de fixer les exigences de dotation minimale en personnel d'accompagnement (compétences et qualification) pour assurer, de jour et de nuit, un accompagnement adapté aux besoins des résidents. Cette dotation se base sur la charge de travail en fonction des prestations requises mesurées avec l'outil PLAISIR (extrants PLAISIR de mai et octobre) et du forfait/tarif socio-hôtelier (SOHO).

Cette directive a également pour objectif un renforcement des compétences, par une augmentation des qualifications dans le domaine de l'accompagnement, tant sur le plan des soins que de l'animation socio-culturelle. Elle tient compte des travaux en lien avec l'intégration des nouveaux métiers dans le domaine des EMS, de l'interdisciplinarité et des niveaux de formation (expertise, assistance, soutien) ainsi que des évolutions dans la gestion et les structures des EMS.

Les travaux ont été basés sur une cible intégrant progressivement les métiers en lien avec l'accompagnement et convenue d'entente avec les partenaires concernés.

Cette cible prévoit, à terme, une dotation de 15% de personnel de niveau expertise, 50% de personnel de niveau assistance, 35% de personnel de niveau soutien (pour les définitions des niveaux, voir point 4.1). Pour atteindre cette cible, les exigences seront progressivement augmentées, financées et évaluées. Les modalités de mise en œuvre de la cible seront discutées avec les partenaires au moment opportun.

La surveillance en matière de dotation est confiée à la CIVESS conformément aux articles 151 LSP et 69, al. 2, lettre e, et al. 3 du RES.

Les termes utilisés pour définir les métiers sont notés dans le genre le plus fréquent sur le marché du travail, soit le féminin. Ces termes concernent aussi bien des femmes que des hommes.

3. Outils de calcul de la dotation

La dotation en soins est fondée sur la valeur moyenne des besoins en soins requis des résidents. Le calcul se fonde sur les évaluations Plaisir et tient compte du financement.

La dotation de l'équipe socio-culturelle est fixée dans la présente directive. Son financement est assuré par les tarifs d'hébergement sur la base du standard socio-hôtelier.

La présente directive contient en annexe une feuille de calcul permettant de déterminer la dotation requise en fonction des soins requis et du nombre de lits. Elle est mise régulièrement à jour, est envoyée par voie électronique aux EMS et disponible en tout temps sur le site Internet du DSAS (<http://www.vd.ch/themes/social/ems/bases-legales/>). (Annexe 1)

4. Dotation en personnel selon le niveau de formation

4.1. Principe des niveaux de formation pour l'accompagnement

Personnel niveau expertise – tertiaire ES/HES (Annexe 2)

La liste des professionnels faisant partie des HES/ES est annexée.

Personnel niveau assistance – secondaire II CFC (Annexe 2)

La liste des professionnels faisant partie des CFC est annexée.

Les gestionnaires en intendance (GEI) ou autres professions de niveau CFC, prodiguant notamment des actes d'accompagnement en lien direct avec les résidents sont comptés dans la dotation à 20% pour autant que leur cahier des charges démontre ce lien direct avec les résidents.

Personnel niveau soutien – Auxiliaire (Annexe 2)

L'ensemble du personnel soignant auxiliaire non qualifié (sans formation minimale de niveau attestation fédérale) doit avoir acquis des **compétences** dans les activités et domaines suivants :

- Collaboration et soutien dans le cadre de soins de santé et de soins corporels
- Participation à l'accompagnement des résidents dans la vie quotidienne
- Assistance dans les activités d'entretien
- Respect et application des règles d'hygiène et de sécurité
- Participation aux tâches d'administration, logistique et organisation du travail
- Développement et respect de son rôle professionnel et de la collaboration avec l'équipe interdisciplinaire.

Il est en outre recommandé de favoriser l'acquisition de compétences en lien avec les spécificités de l'accompagnement de la population accueillie (psychiatrie de l'âge avancé, soins palliatifs, troubles neurologiques, etc.).

Dans la deuxième année de travail, au plus tard, les auxiliaires doivent commencer une formation minimale (cf. annexe 2, niveau soutien – auxiliaire)

4.2. Exigence selon le niveau de formation

La dotation en personnel concerne l'ensemble du personnel de soins et socio-culturel dans la mesure où il s'agit du personnel d'accompagnement des résidents.

4.2.1. Pour le personnel de l'équipe socio-culturelle – Période du 1.1.2016 au 31.12.2017

Afin de pouvoir :

- favoriser la continuité et le maintien de l'identité des résidents,
- soutenir les relations et la communication,
- maintenir le résident dans ses capacités sociales,
- favoriser l'intégration de l'institution dans son environnement et promouvoir la vie communautaire,
- organiser des activités en groupe et en individuel,

les équipes socio-culturelles nécessitent une identité et une structuration explicite de qualification.

Chaque résident doit pouvoir être accompagné par une équipe socio-culturelle ayant pour le 50% du personnel ayant suivi une formation de niveau CFC et HES/ES.

Dans le 50% de personnel qualifié, il est vivement recommandé d'avoir un 10% de personnel de niveau expertise (HES/ES).

Dès le 1^{er} janvier 2016, les animatrices AVDEMS seront comptées comme personnel auxiliaire et non plus comme personnel qualifié. Il pourra être tenu compte de cas de rigueur dans des situations particulières, notamment pour du personnel expérimenté proche de la retraite.

Chaque résident a droit à un temps d'activités socio-culturelles quotidien, défini dans l'outil SOHO.

	Standard 2016
Niveau expertise (HES/ES)	50% (dont max. 10% de HES/ES)
Niveau assistance (CFC)	
Niveau soutien (auxiliaire)	50%
<hr/>	
Total	100%

4.2.2. Pour le personnel de soins - Période du 1.1.2016 au 31.12.2017

Le personnel des soins est qualifié pour accomplir les tâches selon l'évaluation de la charge en soins (outil Plaisir) selon les niveaux suivants :

	Standard 2016
Niveau expertise (HES-ES)	Minimum 15%
Niveau assistance (CFC)	Minimum 10%
Niveau soutien (auxiliaire)	Maximum 75%
Total	100%

4.2.3. Exigence globale pour le personnel d'accompagnement (1.1.2016-31.12.2017)

Pour assurer un accompagnement de qualité des résidents, il est recommandé de favoriser une organisation du travail entre équipes multidisciplinaires travaillant en interdisciplinarité. Du **1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2017**, la structure du personnel devrait se trouver dans les normes suivantes :

- 15% minimum de personnel niveau tertiaire / expertise HES/ES, dont une infirmière diplômée 8h.18 par jour, 7 jour sur 7
- 15 % minimum de personnel niveau assistance – CFC
- 70% maximum de personnel niveau soutien - auxiliaire

Cf. Annexe 1 : feuille de calcul

4.2.4. Exigence globale pour le personnel d'accompagnement dès le 1^{er} janvier 2018

Après cette **période transitoire de 2 ans**, dès le 1^{er} janvier 2018, l'exigence sera portée à 15% du personnel niveau expertise, 25% de personnel niveau assistance et 60% de personnel niveau soutien pour l'ensemble de l'équipe socio-culturelle et de soins.

4.3. Horaire du soir et horaire de nuit

La dotation est évaluée selon la fiche de calcul (annexe 1) et comprend :

- a) Au minimum une collaboratrice pendant les heures de nuit, soit de 21h. à 7h.
- b) Pour les établissements ayant entre de 31 à 39 résidents dont la collaboratrice est seule durant la nuit, l'horaire du soir (entre 19 et 23 h.) doit être renforcé par une collaboratrice supplémentaire.
- c) A partir de 40 résidents, cette dotation passe obligatoirement à deux veilleuses au minimum par nuit, et ainsi de suite.

La veilleuse qui est seule la nuit doit avoir suivi une formation minimale (cf. point 4.1., Personnel niveau soutien) ou disposer d'une expérience confirmée (plus de 10 ans).

Afin de permettre au personnel de nuit de connaître les résidents de jour (résident « debout ») et d'augmenter leurs compétences :

- Chaque collaboratrice de nuit travaille un mois complet de jour avant de débiter son activité de nuit.
- Chaque collaboratrice de nuit travaille de jour au moins une semaine, fractionnable, par an.
- Chaque collaboratrice de nuit est clairement informée, par écrit, des conditions du piquet infirmier.

Les **directions** anticipent les problèmes exigeant plus de personnel, notamment lors de situation de fin de vie et renforcent le personnel ponctuellement.

4.4. Piquet

Un service de piquet est organisé par l'EMS en dehors des heures de présence obligatoire de l'infirmière diplômée. Il est assuré par une infirmière diplômée. Celle-ci doit pouvoir se déplacer sur site dans les 35 minutes qui suivent l'appel téléphonique.

Chaque EMS rédige un protocole de piquet expliquant le cadre des interventions. Ce protocole est connu et appliqué par les collaboratrices de nuit et les infirmières de piquet. Il prévoit les situations exigeant de faire appel à l'infirmière de piquet.

4.5. Financement supplémentaire

Sur demande motivée, le SASH peut, exceptionnellement et en opportunité, décider d'accorder des financements supplémentaires, selon les directives ad hoc

http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/sash/fichiers_pdf/DCT.pdf

http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/sash/fichiers_pdf/DSSE.pdf

Dans ce cas, l'établissement est tenu de mettre à disposition la dotation correspondant au financement supplémentaire.

5. Principes de prise en compte de la direction des soins (infirmière cheffe) et catégories d'établissements

5.1. Taux d'activité minimum de la direction des soins

Chaque EMS doit disposer d'une direction des soins à un **taux d'activité de 80%** au moins (art. 149b LSP et 18 RES). Celle-ci doit répondre aux exigences en matière de formation initiale et complémentaire (gestion et clinique) ainsi que d'expérience professionnelle (5 ans) précisées dans la directive en la matière.

5.2. Catégories d'établissements selon l'organisation

Il convient de tenir compte de l'organisation (par ex. établissements multisites), ainsi que de la taille des établissements. Les règles ci-après définissent la manière dont le Département tient compte de l'existence de fonctions transversales, dont un des effets est de décharger la direction des soins.

Les fonctions transversales se retrouvent dans les domaines suivants (cf. référentiel qualité des institutions) :

- Gestion du personnel et formation
- Gestion administrative des résidents
- Gestion du matériel
- Activités liées à la sécurité
- Activités liées à la qualité
- Activités liées aux finances

Ces fonctions devront être identifiées et validées grâce à un questionnaire de 92 items, valable 2 ans.

Un questionnaire détaillé, basée sur ces 92 fonctions (cf. Annexe 3) permet d'identifier 4 catégories d'établissements. Dans ces quatre catégories, le cahier des charges de la direction des soins est différent.

Moins de 20% de réponse positive au questionnaire pour les fonctions transversales : **colonne a, b ou c** (en lien avec le tableau de la page suivante, point 5.3.).

De 20 à 50% de réponse positive au questionnaire pour les fonctions transversales : **colonne d** (idem).

De 51 à 75% de réponse positive au questionnaire pour les fonctions transversales : **colonne e** (idem).

Dès 76% de réponse positive au questionnaire pour les fonctions transversales : **colonne f** (idem).

5.3. Synthèse concernant la prise en compte de la direction des soins (infirmière-chef)

Tableau récapitulatif de la prise en compte de la direction des soins (poste à 100%) dans le calcul de la dotation, selon le nombre de lits et la catégorie d'établissement ayant des fonctions transversales (cf. points 5.2).

Direction des soins = infirmière-chef

	a	b	c	d	e	f
			Etablissement avec fonctions transversales			
Nbre de lits	Direction des soins	Direction des soins et autres fonctions	Direction des soins dans établissement avec moins de 20% de fonctions transversales	Direction des soins dans établissement avec de 20% à 50% de fonctions transversales	Direction des soins dans établissement avec de 51% à 75% de fonctions transversales	Direction des soins dans établissement avec plus de 76% de fonctions transversales
Jusqu' à 25	60 %	50 %	Cf. colonnes a ou b	50%	65%	80%
De 26 à 35	50 %	40 %				
De 36 à 45	40%	30 %				
De 46 à 55	30%	20%				
De 56 à 65	20%	10%				
Dès 66	15%	10%				

Les EMS sans personnel occupant des fonctions transversales se retrouveront dans les colonnes a ou b.

Les EMS disposant de personnel ayant des fonctions transversales envoient une fois chaque deux ans, en janvier, à la CIVESS (BAP-1014 Lausanne ou info.civess@vd.ch), le questionnaire ad hoc (cf. Annexe 3) rempli ainsi qu'un organigramme fonctionnel montrant le positionnement des fonctions transversales.

La CIVESS pourra ainsi appliquer la présente règle pour le calcul de la dotation lors des inspections (colonnes d à f).

Si l'établissement n'a pas fait l'envoi, la CIVESS ne pourra pas tenir compte des fonctions transversales lors du calcul de la dotation et se référera dès lors aux colonnes a et b ci-dessus.

6. Dérogation

Des dérogations peuvent être accordées dans certains cas de rigueur, notamment en fonction du taux d'occupation des lits sur plusieurs mois ou d'autres éléments modifiant sensiblement les activités de l'EMS.

7. Surveillance

Le respect de la dotation est vérifié par la CIVESS lors des inspections ou sur mandat ad hoc. L'analyse se base sur la liste nominative du personnel précisant la fonction, la formation et le taux de travail ainsi que 3 mois de planning. Le SSP et le SASH sont habilités à demander tous documents complémentaires relatifs à la dotation.

8. Sanction

En cas de violation de la présente directive, les sanctions prévues dans la LSP s'appliquent (art. 191 et ss).

9. Entrée en vigueur

La présente directive entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016, à l'exception de l'article 4.3, let. b, qui entre en vigueur au 1^{er} juillet 2015.

Lausanne, le 27 novembre 2014

Le chef du département



Pierre-Yves Maillard