

Planification Médico-Sociale pour les personnes âgées PMS

Projet Accueil & Séjour

Recommandations en matière de dotations en personnel : long séjour, court-séjour et pension

Membres du GT Séjour : Marie-France Vaucher (Présidente)
Marie-Claire Chatelain
Serge Keller
Claudine Mangeat
Jean Messerli
Catherine Panighini
Claude-Alain Roy
Fernanda Santos
Patrick Schneider
Angelica Torres

SOMMAIRE

1. <u>CONSTATS ACTUELS ET ENJEUX</u>	4
1.1. RETARDEMENT DE L'ENTRÉE EN INSTITUTION	4
1.2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE LA PERSONNE ÂGÉE	4
1.2.1 Augmentation des démences	4
1.2.2 Augmentation des maladies chroniques	6
1.3. INTÉGRATION DE NOUVELLES QUALIFICATIONS.....	7
1.4. DOTATIONS ACTUELLES	8
2. <u>PRINCIPES DE BASES</u>	9
2.1. INTERDISCIPLINARITÉ AUTOUR DU RÉSIDENT	9
2.2. MALTRAITANCE.....	10
2.3. CONDITIONS DE TRAVAIL.....	11
3. <u>MÉTHODES DE TRAVAIL</u>	11
4. <u>PRINCIPES DES NIVEAUX DE FORMATION POUR L'ACCOMPAGNEMENT</u>	12
4.1. INTRODUCTION.....	12
4.1.1. Niveau « Expertise »	15
4.1.2. Niveau « Assistance »	15
4.1.3. Niveau « Soutien ».....	17
4.2. EQUIPE INTERDISCIPLINAIRE/INTERPROFESSIONNELLE.....	17
4.3. FORMATION CONTINUE	20
5. <u>ETAPE 1 – DOTATIONS « RASI 2016 » - PROPOSITIONS</u>	21
5.1. EQUIPE INTERDISCIPLINAIRE	23
5.2. HÉBERGEMENT GÉRIATRIQUE	23
5.2.1. Profils professionnels	23
5.2.2. Dotation soins	23
5.2.2.1. Infirmiers-chefs (ICS) et infirmiers-chefs adjoints (ICA)	24
5.2.2.2. Horaires en journée.....	25
5.2.2.3. Horaires du soir et horaire de nuit	25
5.2.2.4. Piquet infirmier	26
5.2.3. Dotation socioculturelle.....	26

5.2.4. Dotation socio-hôtelière	26
5.3. HÉBERGEMENT PSYCHOGÉRIATRIQUE.....	26
5.3.1. Profils professionnels	26
5.3.2. Dotation soins	26
5.3.3. Dotation socioculturelle.....	27
5.3.4. Dotation socio-hôtelière	29
5.4. HÉBERGEMENT PSYCHIATRIQUE.....	30
5.4.1. Profils professionnels	30
5.4.2. Dotation soins	30
5.4.3. Dotation socioculturelle.....	30
5.4.4. Dotation socio-hôtelière	30
5.5. HÉBERGEMENT COURT-SÉJOUR	31
5.5.1. Profils professionnels	31
5.5.2. Dotation soins	31
5.5.3. Dotation socioculturelle.....	31
5.5.4. Dotation socio-hôtelière	31
5.6. PENSIONS.....	32
5.6.1. Profils professionnels	32
5.6.2. Dotation soins	32
5.6.3. Dotation socio-éducative.....	32
5.6.4. Dotation socio-hôtelière	32
<u>6. REMARQUES À L'ATTENTION DU COPIL PMS</u>	<u>33</u>
<u>7. ANNEXES</u>	<u>35</u>
7.1. REPORT DES MÉTIERS DANS L'ÉCHELLE PLAISIR	35
7.2. MINUTES A, B, C – ÉTAT DE SITUATION AU 31.10.2013.....	39
7.3. PROFESSIONS (FORMATIONS) DANS LES INSTITUTIONS SOCIALES ET SANTÉ-SOCIALES RÉGLEMENTÉES SUR LE PLAN FÉDÉRAL	41

Les dénominations employées au masculin s'entendent également au féminin.

1. Constats actuels et enjeux

L'évolution démographique et épidémiologique, les coûts du système de santé, la pénurie existante et annoncée en personnel médical et soignant auront de forts impacts sur le futur paysage sanitaire neuchâtelois et donc sur les établissements médico-sociaux.

Le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil¹ ne dit que peu de choses sur les impacts qu'aura la planification médico-sociale (PMS) sur le personnel et les dotations dans les EMS, ni sur les qualifications à renforcer en vue des futures missions. Au chapitre 8.3.1, il est annoncé que « *l'augmentation de la capacité des prestataires actifs dans le maintien à domicile et la diminution conjointe du nombre de lits d'EMS transformera de manière profonde notre paysage sanitaire* ».

1.1. Retardement de l'entrée en institution

L'objectif de la PMS est d'augmenter les prestations d'aide et des soins à domicile et de retarder, tant que faire se peut, l'entrée en institution. **Les personnes hébergées au sein des établissements ne seront donc plus vraiment celles que nous accueillons aujourd'hui. Elles nécessiteront des prises en charge différenciées selon les missions (temporaires, psychogériatriques, pensions, etc.), adaptées à leurs besoins spécifiques et fournies par du personnel aux compétences en relation.**

1.2. Contexte épidémiologique de la personne âgée

1.2.1 Augmentation des démences

Une forte augmentation de personnes dépendantes présentant des troubles cognitifs est annoncée.

Selon le rapport établi en 2014 par l'Association Alzheimer², 116'000 personnes sont atteintes aujourd'hui de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre démence en Suisse. En raison du vieillissement de la population, ce nombre va augmenter de manière considérable, jusqu'en 2050, il pourrait avoisiner les 300'000 personnes. Chaque année, 28'000 nouveaux cas sont identifiés.

Actuellement, 2/3 des résidents des EMS sont atteints de démences, avec ou sans troubles du comportement.

A futur, environ 85% des missions de long séjour seront dévolues à l'hébergement gériatrique qui consistera aussi à accueillir des résidents atteints de troubles cognitifs, sans troubles du comportement. **Ceci nécessitera inévitablement le développement de compétences spécifiques qu'il faudra entretenir et adapter en permanence à travers la formation continue.**

¹ Conseil d'Etat (2012); Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil à l'appui d'un projet de loi portant modification de la loi de santé (LS) (Planification médico-sociale pour les personnes âgées); Planification médico-sociale 12.013

² <http://www.alz.ch/index.php/les-donnees-et-les-chiffres.html>

Les soins et l'accompagnement seront également plus exigeants pour le personnel. Les résidents ne peuvent assumer seuls les tâches du quotidien, mémorisent moins bien les informations et ont plus de difficultés à s'exprimer.

La question des traitements médicamenteux doit aussi être prise en considération dans la réflexion puisque presque 70% des résidents reçoivent des neuroleptiques à long terme. Ces médicaments présentent des risques importants qui peuvent amener d'autres effets (crises cardiaques, attaques cérébrales, etc.).

L'hébergement psychogériatrique, évalué à environ 10% des missions, requerra quant à lui des connaissances spécifiques et pointues pour l'accueil de personnes avec des troubles du comportement.

Les faits relevés par l'Association Alzheimer³ dans son rapport 2014 résumant bien les enjeux autour de la démence pour les EMS, partant de données fournies par les outils d'évaluation RAI et PLAISIR :

EMS : 2/3 des résidents atteints de démence

Faits principaux

- **La démence concerne une majorité de résidents** Pour 64.5% d'entre eux existe soit un diagnostic de démence, soit une suspicion de démence.
- **Besoin d'adapter la prise en charge des personnes atteintes de démence** D'après une enquête à large échelle, la moitié des directions d'EMS en Suisse estime être bien préparée aux défis de la prise en charge des personnes atteintes de démence dans les années à venir.
- **Les soins et l'accompagnement des personnes atteintes de démence sont plus exigeants pour le personnel** Les résidents atteints de démence ne peuvent plus assumer seuls les tâches du quotidien, mémorisent moins bien les informations et ont plus de difficultés de s'exprimer et de prendre des décisions. Chez ces résidents on observe aussi plus souvent des troubles du comportement, de la déambulation, des refus de soins et de l'agressivité.
- **Les résidents atteints de démence sont traités avec des médicaments à haut risque** Presque 70% des résidents atteints de démence reçoivent des neuroleptiques à long terme. Ces médicaments présentent cependant des risques importants comme une progression plus rapide de la démence, un risque élevé de crises cardiaques et d'attaques cérébrales ainsi qu'une augmentation de la mortalité.
- **Le financement de l'accompagnement est insuffisant** Les directions des institutions jugent que le financement insuffisant de l'accompagnement des personnes atteintes de démence est le problème le plus important, et qu'il est même plus grave que le manque de personnel. Beaucoup d'institutions facturent des suppléments hôteliers spécifiques à charge des personnes atteintes de démence.

Sources :

- Bartelt (2012), Auswertung von RAI-Daten im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung
- Institut de santé et d'économie (2012), Analyse des démences de type Alzheimer dans la base de données PLAISIR de mai 2012
- QUALIS evaluation/HES Berne (2012), Prise en charge des personnes atteintes de démence dans les EMS

³ <http://www.alz.ch/index.php/les-donnees-et-les-chiffres.html>

1.2.2 Augmentation des maladies chroniques

La fréquence des maladies chroniques va augmenter. Le vieillissement associé à la présence simultanée de plusieurs de ces maladies va constituer un réel enjeu dans l'expertise du personnel des EMS.

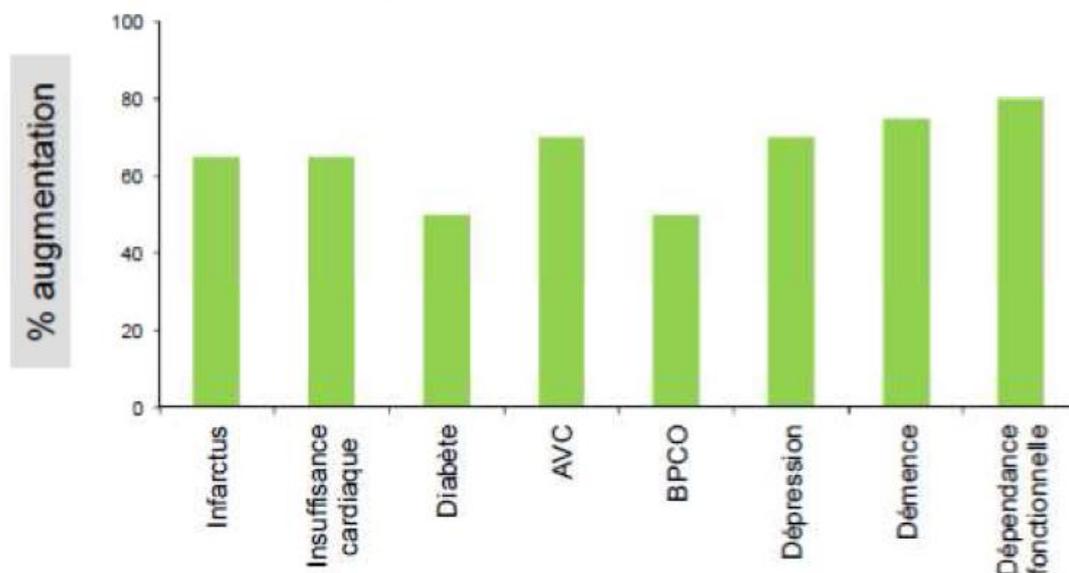
Selon un article paru dans la revue médicale suisse en novembre 2012 : « ...environ 50% des personnes âgées de 65 ans et plus souffrent d'au moins trois maladies chroniques et 20% en présentent plus de cinq...⁴ ».

Les tableaux ci-dessous, repris du rapport « Amélioration du flux et de l'orientation des clients/patients »⁵, illustrent **les incidences dans le savoir-faire du personnel à développer (formation de base, formation continue) et l'alourdissement de la population que les EMS seront amenés à accueillir, sans compter l'accompagnement qui devra être constamment adapté à l'évolution de la pathologie du résident, par exemple, lorsqu'il est atteint de troubles cognitifs.**

Evolution de quelques maladies

Le tableau ci-dessous montre la progression de quelques maladies d'ici à 2030 :

Evolution de la fréquence (incidence / prévalence) de quelques pathologies, horizon 2030



(Paccaud F et al. *Vieillesse: Eléments pour une politique de Santé Publique*, 2006)

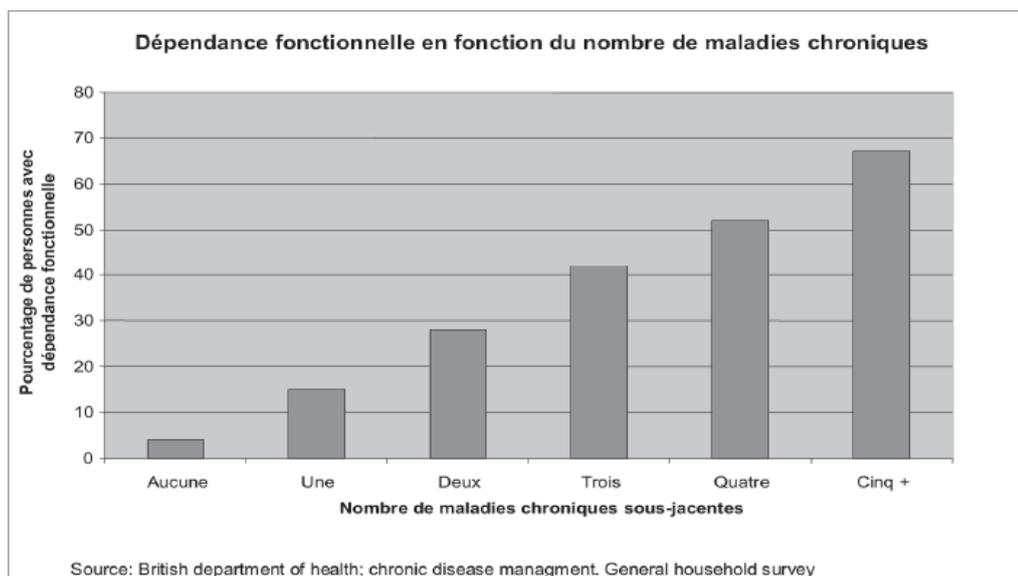
⁴ Médecine et Hygiène, Fabienne Riat, Stéphane Rochat, Stéphanie Monod, Christophe Büla, Delphine Renard : Principes d'évaluation et de prise en charge des patients âgés polymorbides : guide à l'intention des cliniciens

⁵ Amélioration du flux et de l'orientation des clients/patients entre les différents partenaires du réseau de soins du canton de Neuchâtel par les entretiens d'orientation, version du 2 avril 2014, Sylvie Le Bail

Dépendance fonctionnelle et maladies chroniques

La dépendance fonctionnelle est fortement corrélée au nombre de maladies chroniques associées.

Figure 3.4 Dépendance fonctionnelle et maladies sous-jacentes



1.3. Intégration de nouvelles qualifications

Avec l'intégration il y a quelques années **des secteurs « Santé » et « Travail social »** au sein de l'Office Fédéral pour la Formation et la Technologie (OFFT) et la création des filières de formation secondaire II (de type CFC), c'est l'ensemble du paysage des institutions qui va subir une très profonde mutation, quel que soit le canton.

Ceci aura un impact direct sur l'organisation du travail au sein des établissements alors qu'il y a une tradition souvent bien ancrée où des professionnels diplômés assurent les prestations de première ligne, soutenus par des aides. Faire évoluer des pratiques reposant sur des « territoires » détenus par des métiers constitue un réel enjeu, particulièrement dans le domaine des soins⁶.

Aujourd'hui, les activités de soins, d'animation, d'intendance, de cuisine, de technique et d'administration se déroulent de manière plutôt cloisonnée. Cela est dû non seulement au fonctionnement des institutions, mais aussi aux niveaux des formations.

Avec l'émergence de nouvelles qualifications du secondaire II, il devient possible de rééquilibrer la répartition des activités dans la perspective d'une équipe unique d'accompagnement. Les prestations d'accompagnement ne sont pas seulement limitées aux soignants. Un certain nombre d'activités peut être également assuré par des métiers de l'assistance dans une perspective transversale.

⁶ « Equipes de demain en EMS », rapport intermédiaire, Année 1, Groupe Pilote-AVDAMS, Décembre 2007

1.4. Dotations actuelles

Les normes en personnel sont pour l'heure régies par les articles 18 et 20 de la Loi sur le financement des EMS (LFinEMS), du 28 septembre 2010, et l'article 38 du règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions (RASI), du 21 août 2002 et s'appliquent sans distinction à tous les établissements.

LFinEMS

Art. 18⁹⁾ *1Les prestations socio-hôtelières comprennent toutes les prestations découlant de l'hébergement dans l'EMS, selon la liste dressée par le Conseil d'Etat.*

2Elles sont rémunérées sur la base d'un tarif cantonal unique établi sur la base de la dotation requise en personnel socio-hôtelier, sous réserve de la prestation journalière loyer.

Art. 20 *1Les prestations journalières LAMal représentent les soins dispensés au sens de l'article 25a LAMal.*

2Leur rémunération est effectuée conformément à l'article 8, alinéas 3 et 4.

3La part cantonale est versée à l'EMS sous forme d'indemnités établies sur la base de la dotation requise en personnel soignant", définie selon la méthode d'évaluation retenue par le Conseil d'Etat.

RASI

Art. 38¹⁷⁾ *1La dotation minimale en personnel doit être la suivante dans les EMS:*

- a) personnel socio-hôtelier et d'administration, direction et personnel spécifiquement dévolu à l'animation compris: 0,25 poste par personne hébergée;*
- b) personnel soignant: 90% au moins de la dotation requise, calculée selon la méthode PLAISIR. Ce personnel comprend les infirmières et infirmiers chef-fe-s et leurs adjoint-e-s, les infirmiers et infirmières chef-fe-s d'unités de soins et leurs adjoint-e-s (ICUS), les infirmiers et infirmières assistant-e-s, les assistant-e-s en soins et santé communautaire (ASSC) et les aides soignant-e-s, certifié-e-s ou non. Il comprend également le personnel éducatif dans les homes médicalisés psychiatriques.*

2L'effectif en personnel soignant total selon l'alinéa 1, lettre b, doit comprendre au moins 20% de personnel infirmier diplômé. A titre d'exception, les infirmier-ère-s assistant-e-s certifié-e-s sont pris en compte dans le pourcentage exigé.

3Une présence en personnel infirmier diplômé d'au moins 8 heures par jour doit être assurée entre 7h00 et 20h00. Le reste du temps doit être couvert par un piquet. La personne de piquet doit être atteignable en tout temps et en mesure d'intervenir dans les 30 minutes.

4Une présence constante de personnel soignant 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 est exigée.

Les dotations définies aujourd'hui par la loi ne tiennent pas compte des différentes missions, des compétences à adapter/développer en matière de formation/formation continue et ne démontrent pas une réelle volonté d'intégrer les nouvelles qualifications. La nécessité d'un accompagnement socioculturel n'est pas non plus prévue par la législation actuelle, puisqu'aucune norme minimale n'est déterminée pour l'animation.

Dans le domaine des soins, force est de constater que **de nombreuses activités hors OPAS exécutées par les infirmiers-chefs, adjoints et/ou infirmiers d'unité de soins sont prises en compte dans le calcul de la dotation PLAISIR et la péjorent** (voir détail en chapitre 5.2.2.1).

En fonction des constats ci-dessus, la dotation PLAISIR fixée en fonction du requis mérite aussi d'être questionnée tant du point de vue qualitatif (minutes a, b, c) que quantitatif (90%).

2. Principes de bases

Dans le cadre du mandat⁷, des principes ainsi que des recommandations de dotation et de formation minimale en personnel (compétences et qualification) sont formulées pour assurer de jour et de nuit un accompagnement adapté aux besoins des résidents.

Au vu des enjeux à venir, l'approche vise également un renforcement des compétences, par l'augmentation des qualifications dans l'accompagnement global du résident, tant dans le domaine des soins que celui de l'animation socioculturelle. Elle tient compte de l'intégration des nouveaux métiers dans le domaine des EMS et des niveaux de formation (expertise, assistance et soutien) dans une vision interdisciplinaire, mais aussi des évolutions dans la gestion et les missions des EMS.

Les métiers de la cuisine, de l'administration et du technique – tous aussi importants dans les relations avec la personne âgée – pourraient être intégrés dans un deuxième temps, sous une forme à définir (concepts, par exemple) et selon l'évolution du mandat.

2.1. Interdisciplinarité autour du résident

Le travail gériatrique consiste en un travail d'équipe structurée et interdisciplinaire. La conduite des équipes thérapeutiques est une des tâches primordiales du médecin d'institution. Les membres de l'équipe proviennent de groupes professionnels tels que les soignants, les travailleurs sociaux, les thérapeutes (physio-, ergo- et psychomotricienne, logopédiste), les psychologues, les aumôniers, les diététiciens ainsi que d'autres professionnels consultants sollicités au besoin⁸.

L'accompagnement de la personne âgée requiert des compétences spécifiques en gériatrie, gérontologie et psychiatrie gériatrique clinique de la part des médecins, soignants et thérapeutes. Ces compétences incluent une évaluation de l'état de santé par un examen multidimensionnel et l'introduction, l'application et l'évaluation de mesures appropriées.

Chaque membre de cette équipe est compétent dans son domaine professionnel et possède des connaissances étendues sur l'activité des autres groupes professionnels. Un espace d'échange régulier d'informations structurées est mis sur pieds pour discuter, décider, coordonner et contrôler ensemble les objectifs de soins et la stratégie de prise en charge.

⁷ Mandat COPIL « Accueil et Séjour, validé par le COPIL PMS, 16.12.2013

⁸ Société Professionnelle Suisse de Gériatrie, profil de la gériatrie en Suisse, 1^{ère} partie, principes fondamentaux et concept de travail de la médecine de la personne âgée, du 9 novembre 2006, traduction et adaptation française par Rebecca Dreher et Gilbert Zulian

Le personnel de direction et de l'administration sont également importants dans la vie quotidienne du résident. Le personnel administratif assume, en quelque sorte, le rôle de pierre angulaire de l'institution. C'est très souvent lui qui accueille la première fois le résident, dans des moments qui peuvent s'avérer délicats. Il tisse aussi des liens réguliers avec lui et/ou sa famille. Il désamorce fréquemment les conflits potentiels et veille au bien-être permanent du résident.

2.2. Maltraitance

Dans son rapport paru en 2002 sur la maltraitance des personnes âgées, l'organisation mondiale de la santé indique que, dans les institutions, des violences risquent davantage de s'exercer là où les normes de soins laissent à désirer, où le personnel est mal formé ou surchargé de travail, où les contacts entre le personnel et les patients sont difficiles, où les patients sont difficiles, où l'environnement matériel est défectueux et où les intérêts de l'institution sont pris en compte au détriment de ceux des pensionnaires.

En 2002, Alter Ego (Association de référence en Romandie) définit la notion de maltraitance comme « **un ensemble d'actes – comportements et attitudes – commis ou omis envers une personne au détriment de son intégrité physique ou sexuelle, morale ou psychique, matérielle ou financière. La maltraitance engendre un tort ou une blessure. Elle constitue une atteinte aux droits fondamentaux et à la dignité de la personne**⁹ ».

Par rapport à l'ampleur du phénomène, Alter Ego estime qu'une personne sur cinq de plus de 65 ans serait concernée par une forme ou l'autre de maltraitance.

Une étude récente a été réalisée en Romandie sur la thématique « Maltraitance des personnes âgées – représentations et gestion de la problématique dans les institutions ». Sur la base d'un questionnaire adressé aux EMS, plus de trois-quarts (76,8%) des responsables d'institutions romandes se disent avoir déjà été confrontés à une situation impliquant du personnel de leur institution¹⁰.

Ces quelques éléments incitent donc à la plus grande vigilance et justifient que, depuis plusieurs années et de manière préventive, les institutions investissent et déploient en leurs murs des formations spécifiques (par exemple Humanitude) ou des projets labellisés (par exemple SONATE).

D'autres moyens se mettent peu à peu en place comme par exemple une « grille d'autocontrôle de mes pratiques professionnelles » qui a été testé en 2014 par la Haute Ecole de La Source dans un EMS fribourgeois et qui pourrait s'avérer être un outil utile et intéressant à destination des soignants, voire de tous les collaborateurs.¹¹

⁹ Brochure Alter Ego, mars 2002

¹⁰ Maltraitance des personnes âgées, représentations et gestion de la problématique dans les institutions, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, Lausanne, Fondation Leenards, Association pour la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées (alter ego)/ http://www.alter-ego.ch/wcms/ftp//a/alter-ego.ch/uploads/rapport_etude_reprs_maltr_pa_juillet_2011.pdf

¹¹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1323996/fr/le-deploiement-de-la-bienveillance

Afin de prévenir la maltraitance, des colloques interdisciplinaires réguliers en lien avec des situations problématiques sont organisés, tout comme la supervision, le fait de parler de manière régulière de la maltraitance dans l'institution, la gestion du droit à l'erreur, la reconnaissance des limites infimes entre maltraitance et bienveillance. Ce thème est abordé et dans le cas d'une maltraitance avérée, l'institution est proactive, se remet en question et revoit les processus d'accompagnement.

2.3. Conditions de travail

L'institution prévient le burn-out et offre des conditions ainsi qu'un climat de travail respectant la santé mentale et physique des collaborateurs. Elle est garante aussi de prévenir le harcèlement.

Le respect des conventions de travail, des normes légales et réglementaires sont l'une des bases de prévention. La mise en avant de valeurs institutionnelles telles que le respect, l'écoute, la responsabilisation induisent une atmosphère de travail saine. La formation continue est un élément indispensable à la prévention par l'effet de la remise à niveau de ses compétences et de sa pratique réflexive.

Les responsables d'équipes suivent une formation spécifique sur le burn-out et le harcèlement. Pour ces points, les institutions qui se soumettent à la CCT Santé 21 sont tenues de se conformer aux modalités fixées par le règlement du dispositif anti-harcèlement.

3. Méthodes de travail

Pour anticiper les travaux relatifs aux dotations soignantes et à l'intégration de nouvelles qualifications, l'une des trois associations d'EMS a mandaté, début 2014, un groupement d'infirmiers-chefs, le GICAN, pour étudier les voies et les moyens visant à reconnaître et à intégrer les Assistantes en Soins et Santé Communautaire (ASSC) dans les équipes. Cette première étape de réflexion paraissait impérative, puisque, depuis la mise en œuvre de la formation d'ASSC, l'intégration de leurs compétences spécifiques et leur reconnaissance par les équipes de soins infirmiers n'est pas réglée.

Le rapport du GICAN porte sur plusieurs volets comme la formation, les rôles infirmiers et ASSC, leurs complémentarités, responsabilités et spécificités. L'étude évoque également la place des infirmières assistantes (65 personnes dans notre canton dont la moyenne d'âge est de 52 ans) et des propositions de mesures comme la mise à niveau des soins techniques manquants ainsi que la revalorisation de leur fonction. Les besoins en fonction de l'outil d'évaluation PLAISIR ont été également approfondis.

Une bonne partie des travaux du GICAN et du mandat¹² s'est reposée sur l'étude vaudoise menée sur les profils d'équipe, plus connue sous l'appellation des « Equipes de demain en EMS ». Ce projet de référence a débuté en 2007 sous

¹² Mandat COPIL « Accueil et Séjour, validé par le COPIL PMS, 16.12.2013

l'égide de l'Association Vaudoise d'Etablissements médico-sociaux (AVDEMS) et se traduit aujourd'hui - après 8 ans de travaux - à travers la nouvelle directive vaudoise sur les exigences de dotation minimale en personnel d'accompagnement dans les EMS. Cette étude pose des bases intéressantes sur l'organisation par étapes d'une future équipe interdisciplinaire.

4. Principes des niveaux de formation pour l'accompagnement

4.1. Introduction

La future équipe interdisciplinaire est composée de métiers du social, de la santé, de l'intendance, de la cuisine, de l'administration et du technique avec des niveaux de formation différents :

- a) Niveau Expertise (HES et assimilés)/répondant : définit, planifie, évalue et contrôle l'ensemble des activités liées à la prise en charge globale du résident.
- b) Niveau Assistance (CFC – ASSC, ASE, GEI, Cuisine, Administration, Technique) : assure, dans une situation stable, l'environnement journalier du résident en fonction de ses besoins et de ses ressources.
- c) Niveau Soutien (aides de tous les métiers, auxiliaires) : prodigue sous délégation, des soins de base et de confort au résident en fonction de ses besoins et de ses ressources.

Cette organisation est souhaitable 7 jours sur 7, de manière à garantir un réel concept d'accompagnement global des résidents, sans rupture ni risque d'inégalité de prestations.

La première étape porte sur les métiers des soins, de l'animation et de l'intendance qui sont un premier socle important dans la nouvelle architecture des équipes.

Les métiers de la cuisine, de l'administration et de la technique pourront être intégrés par la suite, une fois la première étape stabilisée et sous une forme à définir.

Appliqués au concept d'accompagnement du « client » en EMS, ces trois niveaux de formation peuvent être illustrés ainsi¹³ :

Concept d'accompagnement du client en EMS					
Domaines Pôles	Paramédical	Psychologique	Socio-éducatif	En intendance	Cuisine
« Expertise »	Infirmier	Psychologue	Éducateur, ergothérapeute, Animateur socio culturel	Intendant	Diététicien
Missions et rôle professionnel	<p><i>Au sein de l'équipe pluridisciplinaire, selon leur champ de compétences et dans tous les types de situation, les professionnels du pôle « Expertise » ont pour mission de :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge globale des soins <ul style="list-style-type: none"> ➢ Sous la responsabilité médicale, définit, planifie, évalue, supervise et contrôle l'ensemble des soins, des traitements et des activités de la vie quotidienne depuis l'arrivée et durant le séjour des clients ➢ Assure le suivi des clients en étant la personne de référence pour les familles • Conception et organisation du milieu de vie <ul style="list-style-type: none"> ➢ Définit, planifie, évalue, supervise et contrôle l'environnement bio-psycho-social du client en fonction des besoins et des ressources ➢ Assure la gestion et la coordination du travail journalier des équipes ➢ Accueille, encadre, supervise et forme les collaborateurs ➢ Conduit, coordonne et gère les projets au sein de l'établissement ➢ Gère et coordonne les moyens de communication et de transmission de l'information • Administration et support logistique <ul style="list-style-type: none"> ➢ Définit, planifie, évalue et contrôle l'ensemble des activités liées à la gestion administrative des clients, des locaux et du matériel dans l'établissement 				
Concept d'accompagnement du client en EMS					
Domaines Pôles	Paramédical	Psychologique	Socio-éducatif	En intendance	Cuisine
« Assistance »	ASSC Assistant en soins et santé communautaire Infirmier assistant		ASE Assistant socio- éducatif	GEI Gestionnaire en intendance	Cuisinier
Missions et rôle professionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Assure dans une situation stable l'environnement journalier du résident en fonction de ses besoins et de ses ressources • Organise son travail en respectant les limites de sa fonction • Dispense sur délégation des actes médicaux techniques (distribution des médicaments, soins, injections, etc.) • Observe et transmet l'évolution de l'état de santé des résidents au personnel infirmier ou parfois au médecin • Participe à la supervision et à l'encadrement du personnel auxiliaire • Personne ressource pour les renseignements à donner aux familles et proches • Participe activement à la tenue à jour des dossiers des résidents et aux projets d'accompagnement. • Participe activement aux colloques interdisciplinaires et rapports journaliers • Participe à l'accueil des nouveaux résidents • Lors de crise doit toujours se référer au personnel infirmier ou au médecin 				

¹³ « Equipes de demain en EMS », rapport intermédiaire, Année 1, Groupe Pilote-AVDEMS, Décembre 2007

Concept d'accompagnement du client en EMS					
Pôles / Domaines	Paramédical	Psychologique	Socio-éducatif	En intendance	Cuisine
« Soutien/ Exécution/Aides »	Aide infirmier Aide de soins CR Aide soignant		Aide animateur	Employé de maison	Aide de cuisine
Missions et rôle professionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Prodigue sous délégation des soins de bases et de confort aux résidents en fonction de ses besoins et de ses ressources • Respecte l'environnement et joue un rôle important dans l'entretien des affaires personnelles des résidents • Observe et transmet l'évolution de l'état de santé des résidents au personnel infirmier, d'assistance et dans les dossiers • Participe à l'encadrement des stagiaires et nouveaux collègues auxiliaires • Participe à l'accueil des nouveaux résidents • Participe aux colloques interdisciplinaires et journaliers. • Participe aux activités d'animation du lieu de vie • Lors de crise ou de problème doit toujours se référer au personnel infirmier ou parfois au médecin. (service de nuit, etc) 				

Le groupe pilote de l'AVDEMS a étudié, sur la base de 194 actes de soins formalisés, validés et en situation stable, les contributions spécifiques de chaque métier du niveau « Assistance » (voir annexe 7.1 – report des métiers dans l'échelle PLAISIR). Ainsi, sur la base de ce panel de soins et par voie de délégation du niveau « Expertise » :

- Les infirmières peuvent assumer 97.5% des actes
- Les ASSC peuvent en assumer 86%
- Les Aides peuvent assumer 73%
- Les ASE peuvent en assumer 38%
- Les GEI peuvent en assumer 14.5%

Certaines réserves sont émises quant à la répartition des points J et K entre les différents domaines d'activités (le point J « Créativité » ne relève pas du domaine infirmier). Par contre, tout ce qui touche à l'évaluation, les conseils et la coordination est exclusivement de compétence infirmière (article 7 OPAS, lettre a). L'objectif de cette étude est de démontrer qu'environ 86% des actes de l'échelle PLAISIR mentionnés à l'annexe 1 peuvent être clairement identifiés, planifiés et délégués par l'infirmière à l'ASSC, le solde de 14% étant spécifiquement attribués à l'infirmière en raison de leur complexité.

La proportion d'activités assumée par les aides (73%) identifie le fort potentiel de qualification vers le CFC d'ASSC pour autant qu'il existe des possibilités de validation des acquis de l'expérience ou des passerelles.

Avec 38% de soins possiblement assumés par les ASE, respectivement près de 15% par les GEI, ces deux groupes professionnels démontrent leur place potentielle dans la participation de l'équipe d'accompagnement.

4.1.1. Niveau « Expertise »

Dans le niveau « **Expertise** », le **répondant** assure des prestations dans son domaine d'expertise pour les résidents, tout en offrant un encadrement de proximité aux membres de l'équipe interdisciplinaire en matière de délégation, de suivi du travail et d'intervention lors de situations complexes.

Il assume la responsabilité du processus d'accompagnement ainsi que l'exécution de tâches organisationnelles, sociales et techniques qui lui sont attribuées. Il travaille de manière efficace, analytique, systématique, en tenant compte des principes éthiques et juridiques.

Il planifie, prodigue et supervise, dans les limites de son expertise professionnelle, des prestations d'accompagnement aux résidents selon leurs besoins, leurs attentes, leurs habitudes culturelles et spirituelles avec la finalité de faire participer, autant que possible, la personne résidente en EMS.

Liste des prestations :

- Accueil, intégration des résidents et des proches ;
- Accompagnement, soins aigus physiques et psychiques, soins palliatifs ;
- Définition d'un projet d'accompagnement, suivi des activités ;
- Gestion de l'environnement, animation, logistique ;
- Contacts avec les ressources du réseau élargi ;
- Interventions en cas de situations complexes ;
- Suivi administratif, animation de colloques ;
- Maintien et promotion de la santé et du confort de vie, prévention, hygiène, éthique ;
- Expertises particulières, ressources transversales ;
- Encadrement stagiaires dans leur métier

Pour les infirmiers, plus spécifiquement : les actes médico-techniques, soins complexes.

Pour les ergo/physiothérapeutes plus spécifiquement : la réhabilitation, la rééducation, le maintien, les adaptations.

Pour les travailleurs sociaux plus spécifiquement : l'animation socioculturelle, le maintien des capacités, la stimulation.

4.1.2. Niveau « Assistance »

Dans le niveau « **Assistance** », l'**assistant** assure des prestations de soins, de soutien d'encadrement, d'administration et d'hôtellerie.

L'assistant prodigue, dans les limites de ses compétences professionnelles, des prestations d'accompagnement aux résidents selon leurs besoins, leurs attentes, leurs habitudes culturelles et spirituelles avec la finalité de faire participer, autant que possible, le résident.

Liste des prestations :

- Accueil, intégration des résidents et des proches ;
- Rôle relais, transmission, observation, évaluation ;
- Mobilisation, transfert, confort, sécurité ;
- Projet de vie, environnement, activités sociales, logistique ;
- Actes de la vie quotidienne, actes médicaux délégués ;
- Animation en groupe ou individuelle, réappropriation de l'autonomie ;
- Encadrement des aides, stagiaires, apprentis dans leur métier ;
- Rôle de prévention, hygiène et santé.

Dans l'idée d'intégrer de nouvelles qualifications, trois métiers de certification CFC entrent plus particulièrement dans le concept d'interdisciplinarité: **l'Assistant en Santé et Soins communautaires** (ASSC), l'Assistant socio-éducatif (ASE) et le Gestionnaire en Intendance GEI. Pour rappel, quelques grandes lignes de ces profils :

ASSC

Professionnel du domaine de la santé, l'ASSC est sous la responsabilité du personnel diplômé et assure les soins de base et médico-techniques ainsi que la suppléance et l'accompagnement des personnes soignées dans les activités de la vie quotidienne. Ses principales activités sont :

- Soins et assistance de la vie quotidienne
- Administration et logistique
- Soins médico-techniques délégués

Pour plus de renseignements sur le plan de formation : [lien](#)

ASE

L'assistant socio-éducatif accompagne des enfants, des personnes âgées ou handicapées sur le plan physique ou mental, qui requièrent une aide particulière dans l'accomplissement de leurs activités quotidiennes. Il les aide à satisfaire leurs besoins ordinaires (alimentation, soins de base, déplacements).

Pour plus de renseignements sur le plan de formation : [lien](#)

GEI

Le **gestionnaire en intendance** (GEI) conduit des activités d'entretien et de gestion dans un ménage collectif. Il planifie, exécute ou supervise diverses tâches : entretien des locaux et du linge, préparation des aliments et des boissons, travaux administratifs.

Ses principaux domaines d'activités sont :

- L'alimentation et la restauration
- L'habitat et la technique de nettoyage
- L'entretien du linge
- L'accueil et le service
- L'administration

- La santé et le social

Pour plus de renseignements sur le plan de formation : [lien](#)

4.1.3. Niveau « Soutien »

Dans le niveau « **Soutien** », l'**aide** assure des prestations de soins, de soutien et d'hôtellerie.

Il apporte un soutien, dans les limites de ses compétences professionnelles, aux prestations d'accompagnement aux résidents selon leurs besoins, leurs attentes, leurs habitudes culturelles et spirituelles avec la finalité de faire participer autant que possible le résident.

Liste des prestations :

- Soins de base, toilettes, repas ;
- Confort au quotidien, logistique ménagère, sécurité ;
- Actes de la vie quotidienne ;
- Animation individuelle, accompagnement dans les loisirs ;
- Rôle d'observation et de transmission

4.2. Equipe interdisciplinaire/interprofessionnelle

Directions, cadres

- La personne responsable de la gestion de l'institution est soumise à l'article 36 du RASI. Ceci ne nécessite pas de modifications, hormis une adaptation pour la formation continue (voir chapitre 4.3). Sur la base du descriptif de fonction de la CCT, les principales tâches sont :
 - Gestion et direction de l'institution (gestion financière, conduite du personnel, **gestion administrative et logistique**)
 - Conception de processus et procédures
 - Modélisation et conception des normes de qualité
 - Conduite de projets
 - Communication externe
 - Conseils aux instances supérieures
 - Analyse de situations
 - Établissement de rapports (expertises)
 - Planification stratégique à moyen et long terme
 - Représentation
- La définition de cadres dépend de l'organisation de chaque institution et de sa taille. Les cadres comprennent généralement le directeur d'institution, celui des soins, voire de l'intendance.
- Les responsables de secteurs ont au minimum une formation en gestion, un brevet fédéral, un titre HES ou une formation équivalente. Dans tous les cas, une formation continue spécifique en gériatrie est souhaitable.

Personnel de soins :

- Chaque établissement dispose d'un infirmier chef à un taux d'activité de 80% au moins qui doit être au bénéfice d'une formation certifiante en gestion du personnel et de projets (CAS, DAS, brevet fédéral). Il possède en outre des connaissances et des compétences approfondies en gériatrie ou psychogériatrie. Le pourcentage d'activité de gestion de l'infirmier-chef est considéré hors dotation reconnue PLAISIR (cf chapitre 5.2.2.1).
- Personnel infirmier diplômé de préférence au bénéfice d'une formation ou d'une expérience dans le domaine de la gériatrie et des connaissances en psychogériatrie de base. Chaque établissement dispose au moins d'un EPT infirmier diplômé au bénéfice d'une formation continue certifiante en gériatrie ou en psychogériatrie (CAS) pour 60 à 80 résidents, mais au minimum à un taux d'activité de 50% pour les institutions de moins de 60 lits.
- ASSC et infirmières-assistantes avec des compétences ou une expérience dans la prise en soins des personnes âgées, voire au bénéfice d'une formation continue certifiante en gériatrie ou psychogériatrie (brevet ou CAS).
- Personnel soignant avec des compétences et/ou une expérience dans la prise en soins de personnes âgées (ASA, aides-soignants, aides en gériatrie, voire aides hospitalières).
- Pour le personnel non qualifié, au minimum un cours d'introduction dans le domaine des soins et d'accompagnement, tel que le cours d'auxiliaire de la Croix-Rouge a été suivi. Ce cours comprend 120h00 de formation théorique et 12 jours de stages au minimum. Le module de formation de type « déplacement sécuritaire » est vivement recommandé.

Le personnel non qualifié (sans formation minimale de niveau attestation fédérale) a 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.).

- Un référent en soins palliatifs est identifié dans chaque institution.

Personnel socioculturel et socio-hôtelier :

L'ensemble du personnel est sensibilisé à la gériatrie et à l'acquisition de connaissances de base psychogériatriques. Il l'est également à l'importance des relations humaines et sociales, notamment par le développement de bonnes aptitudes de communication, de tact et d'empathie.

Il est composé de :

- Personnel d'administration (comptable, responsable RH, employé de commerce, employé de bureau, secrétaire).
- Personnel d'animation socioculturelle (ASE, formation en animation AVDEMS, Croix Rouge Fribourg). Le responsable de l'animation doit

être au bénéfice d'un CFC d'assistant socio-éducatif (ASE ou équivalent) ainsi qu'une formation complémentaire en gestion d'équipe, selon la taille de l'institution.

- Personnel de cuisine (cuisinier avec CFC, AFP, aide de cuisine). Le responsable cuisine doit être au bénéfice d'un CFC utile à sa fonction ainsi qu'une formation complémentaire en gestion d'équipe, selon la taille de l'institution.
- Personnel de l'intendance (GEI, EEI, employé en hôtellerie, employé en restauration, employé en buanderie). Le responsable de l'intendance doit être bénéficiaire d'une formation en gestion d'exploitation hôtelière (GEI ou équivalent) ainsi qu'une formation complémentaire en gestion d'équipe.
- Personnel technique (agent technique ou agent d'exploitation, employé d'exploitation, professionnel du bâtiment avec CFC). Le responsable technique doit être au bénéfice d'un CFC utile à la fonction ainsi qu'une formation complémentaire en gestion d'équipe, selon la taille de l'institution. Selon l'organisation de l'institution, le personnel technique peut être intégré au service de l'intendance.

Personnel interne ou externe :

- Aumônier.
- Médecin FMH spécialiste en médecine interne générale et gériatrie ou médecin spécialiste FMH en médecine interne générale qui suit les formations continues reconnues par la SPSG (société professionnelle suisse de gériatrie) et fait appel à un médecin spécialiste FMH en médecine interne générale et gériatrie à raison de 2 à 4 fois par an pour des supervisions spécialisées (catamnèses ou discussions de cas).
- Diététicien.
- Pharmacien ou assistant en pharmacie.
- Thérapeutes : ce sont les ergo, physio, psychologues, etc. qui peuvent être internes à l'institution ou intervenir sur mandat. Dans tous les cas, une formation continue spécifique en gériatrie est souhaitable.

Experts :

Dans les situations complexes ou instables, l'équipe appelle un soutien externe qui peut revêtir différentes formes :

- l'intervision, soit une séance de travail entre pairs, dans le but d'échanger des expériences, de réfléchir ensemble et d'apprendre les uns des autres. Le rôle de la personne qui conduit la séance se limite généralement à garantir le bon déroulement (processus) de la séance de travail.
- la supervision¹⁴ qui s'adresse à des individus, des groupes ou des équipes, avec comme objectif principal l'amélioration des compétences en lien avec les prestations offertes. La supervision est conduite par un expert/spécialiste externe et se déroule sur plusieurs séances de travail.
- la liaison : intervention ponctuelle d'un spécialiste externe dans une situation de crise, de souffrance, de questionnement d'une équipe. La séance est axée

¹⁴ Définition par l'Association Romande des Superviseurs (ARS), site internet, août 2014

sur l'équipe réunie en pluridisciplinarité. La consultation de liaison est focalisée essentiellement sur l'aspect psychologique, mais peut aussi porter sur les soins palliatifs, la pharmacologie, etc.

Dans le canton de Neuchâtel, le soutien peut être assuré par l'équipe mobile de soins palliatifs et/ou l'équipe mobile et de liaison du CNPâa. A terme, les membres du groupe de travail proposent la création d'une équipe mobile de gériatrie.

4.3. Formation continue

Directions, cadres

Le directeur de l'institution suit régulièrement un programme de formation continue consacré aux thèmes suivants :

- Gestion financière
- Gestion des ressources humaines
- Droit de la santé
- Droit des patients
- Gestion de la qualité
- Santé (épidémiologie, gérontologie et autres)

L'infirmier-chef et l'infirmier-chef adjoint suivent au moins trois journées de formation continue tous les 5 ans, dont deux journées au moins consacrées à un des thèmes suivants :

- Gestion des ressources humaines
- Droit de la santé
- Droit des patients
- Instruments d'évaluation des soins
- Gestion de la qualité
- Santé (épidémiologie, psychogériatrie et autres)

Personnel de soins

Les autres responsables de soins suivent au moins trois journées de formation continue tous les 5 ans portant sur des thématiques de métier.

Les personnes âgées en situation de dépendance souffrent fréquemment de plusieurs maladies, souvent chroniques (multimorbidité). De plus, des facteurs psychiques, sociaux, spirituels et environnementaux jouent un rôle important dans les soins qui doivent être apportés. Tout ceci requiert des compétences spécifiques en gériatrie, gérontologie et psychiatrie gériatrique clinique de la part des médecins, soignants et thérapeutes. Ces compétences incluent une évaluation de l'état de santé par un examen multidimensionnel et l'introduction, l'application et l'évaluation de mesures appropriées.

Les médecins, soignants et thérapeutes s'occupant de personnes âgées en situation de dépendance sont tenus d'acquérir et d'élargir leurs compétences par une formation prégraduée, postgraduée et continue¹⁵ (voir en chapitre 4.2).

- Formation continue pour les soignants dans le domaine de la gériatrie, de la psychogériatrie de base et des soins palliatifs.
- Sensibilisation à l'éthique (la bientraitance, etc.).
- Sensibilisation au harcèlement et à sa prévention.

Personnel socioculturel et socio-hôtelier :

- Formation continue en lien avec la personne âgée pour l'ensemble du personnel.
- Formation continue en lien avec le métier (administration, socioculturel, cuisine, intendance, technique)

Il est recommandé, lorsque cela est possible, de prévoir une fonction spécifique (référént) responsable de la formation et des RH dans les dotations, soit à l'interne, soit externalisé et/ou mutualisé.

5. Etape 1 – dotations « RASI 2016 » - propositions

Lors du COPIL Accueil & Séjour de décembre 2014, l'approche interdisciplinaire a été partagée. Sur cette base, des principes et dotations « RASI 2016 » sont définies.

L'étape 2016 est pensée comme un premier pas vers l'équipe interdisciplinaire. Partant du constat actuel, il apparaît indispensable de défendre l'idée d'une **équipe unique d'accompagnement, c'est-à-dire composée de personnel soignant et socioculturel**. Ceci amène à proposer d'utiliser dorénavant le terme d'équipe d'accompagnement, celui d'animation ne paraissant ne plus refléter la réalité. En effet, l'équipe d'accompagnement ne s'inscrit plus seulement comme une activité à vocation occupationnelle, mais véritablement comme une action sociale qui s'exerce dans diverses activités menées au quotidien, en tenant compte des conditions sociales et culturelles du résident. Son action vise aussi à mobiliser les ressources propres au résident et à maintenir son autonomie. Même si l'équipe d'accompagnement n'est pas reconnue par un financement LAMal, il n'en demeure pas moins qu'elle est essentielle dans la vie quotidienne du résident et complémentaire aux soins dispensés.

Partant des trois niveaux de formation (Expertise-Assistance-Soutien) et des formations concernées, la dotation 2016 comporte désormais trois principaux domaines : les soins (brique jaune), le socio-éducatif (brique verte) et le socio-hôtelier (brique bleue : administration, intendance, ménage, buanderie, cuisine, technique).

¹⁵ Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance, Académie Suisse des Sciences Médicales, 2013

Les professions indiquées ci-dessous ont été reprises de la liste établie par le département de Formation de CURAVIVA Suisse dont le détail figure en annexe 7.3

	Médical	Soins	Paramédical	Socioculturel	Administration	Intendance, ménage, buanderie	Cuisine	Technique
Expertise Niveau tertiaire	Médecin Gériatre Interne généraliste	<ul style="list-style-type: none"> - Bachelor en soins infirmiers (infirmière HES, diplômée niveau 2, titres reconnus par la Croix Rouge - Infirmière ES - Responsable d'équipe dans les institutions sociales et médico-sociales 	<ul style="list-style-type: none"> - Physiothérapeute HES* - Art-thérapeute (brevet fédéral ou DAS*) - Musicothérapeute diplômé ES* - Ergothérapeute HES* - Psychothérapeute HES* - Bachelor en thérapie psychomotrice* - Diététicien* - Logopédiste* - Psychologue (master) (peut travailler de manière autonome sur délégation et supervision médicale) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bachelor en travail social (animateur socio-culturel, éducateur, assistant social) - Assistant social HES - Educateur HES - Educateur ES - Animateur socio-culturel HES - Spécialiste en activation dipl. ES - Responsable d'équipe dans les institutions sociales et médico-sociales 	<ul style="list-style-type: none"> - Directeur d'institution social et médico-social - Expert-comptable BF - Comptable diplômé - Spécialiste en RH BF - Spécialiste de la conduite d'un groupe BF - Spécialiste de la conduite d'un groupe diplômé - Gestionnaire de qualité diplômé - Divers titres dans les domaines de l'économie, du management et de la direction - Responsable d'équipe dans les institutions sociales et médico-sociales 	<ul style="list-style-type: none"> - Intendant du secteur hôtelier d'établissement (BF) - Chef du secteur hôtellerie intendance avec diplôme fédéral - Intendant dipl. ES - Responsable d'équipe dans les institutions sociales et médico-sociales 	<ul style="list-style-type: none"> - Chef en restauration BF - Cuisinier d'hôpital, de home, d'EMS et en restauration collective BF - Responsable en restauration collective diplômé - Chef de cuisine /chef de production diplômé 	<ul style="list-style-type: none"> - Spécialiste en nettoyage des bâtiments BF - Nettoyeur en bâtiment diplômé - Concierge BF - Chargé de sécurité d'hôpital et de home BF - Agent de maintenance BF - Responsable de maintenance diplômé - Economiste d'exploitation en Facility Management HES - Responsable en Facility Management diplômé
Assistance Niveau secondaire II CFC		<ul style="list-style-type: none"> - Assistante en soins et santé communautaire (ASSC) - Infirmière assistante 		<ul style="list-style-type: none"> - ASE (y compris les animatrices AVDEMS, art. 32) 	<ul style="list-style-type: none"> - Employé de commerce 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestionnaire en intendance (GEI) - Spécialiste en hôtellerie 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuisinier - Cuisinier en diététique 	<ul style="list-style-type: none"> - Nettoyeur en bâtiment - Agent d'exploitation - Horticulteur
Soutien Niveau secondaire II AFP+ aides		<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnatrice en soins et assistance (AFP-ASA) - Aide-soignante - Auxiliaire Croix-Rouge - Sans formation (début d'engagement) 		<ul style="list-style-type: none"> - Animatrice AVDEMS - Musicothérapeute sans formation reconnue - Animateur spirituel - Aide animatrice au bénéfice d'une formation de base type Croix-Rouge, FAP (attestation de formation professionnelle ou titre jugé équivalent) - Sans formation (début d'engagement) 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistant de bureau AFP - Aides sans formation 	<ul style="list-style-type: none"> - Employé en Intendance (AFP) - Employé en hôtellerie (AFP) - Employé en restauration - Employé en buanderie 	<ul style="list-style-type: none"> - Employé de cuisine AFP - Aides sans formation 	<ul style="list-style-type: none"> - Aide en technique du bâtiment AFP - Aides sans formation

5.1. Equipe interdisciplinaire

Vu l'échéance très courte, des normes spécifiques ne sont pas proposées.

Cependant, dans le but d'inciter la mise en œuvre d'une telle équipe, un concept de collaboration interdisciplinaire est à définir par institution, qui pourrait porter sur les soins, l'animation socioculturelle et l'intendance.

Ceci garantit l'émergence d'un réel concept d'accompagnement individualisé des résidents sans rupture ni inégalité des prestations. Il s'agit ainsi d'axer la réflexion sur la continuité des prestations, quel que soit le professionnel impliqué. Les compétences multiples des nouveaux métiers sont alors intégrées dans les processus de travail ce qui entraîne un supplément d'autonomie et de flexibilité tout en répondant aux besoins subjectifs et individuels de chaque résident.

Cela implique, dès lors, d'adapter le fonctionnement de l'institution, des unités et du concept d'accompagnement autour du résident et donc de définir une période transitoire pour ce faire.

5.2. Hébergement gériatrique

L'hébergement gériatrique est le socle de base aux autres missions. Les dotations sont déclinées ensuite selon le profil des usagers, les objectifs, les prestations définies dans le concept de base et les missions.

5.2.1. Profils professionnels

Les profils professionnels correspondant sont énumérés au chapitre 4.2. (équipe interdisciplinaire/interprofessionnelle).

5.2.2. Dotation soins

La dotation soins devrait être fondée sur la valeur moyenne des besoins en soins requis des résidents définis par l'outil d'évaluation PLAISIR, c'est-à-dire « au lit du résident ».

Pour rappel, la définition des soins dispensés dans un établissement médico-social et les prestations a), b) et c) sont déclinées dans l'article 7 OPAS. Lors de la modification de l'OPAS en 2011, les actes ont été listés précisément dans la décision no 28 de la CT PLAISIR (Table de concordance entre les actions de soins PLAISIR® et l'art. 7 OPAS – Révision 2010).

Une situation réelle des minutes a, b, c consolidées par le service de la santé publique au 31.10.2013 (voir annexe 7.2) a été étudiée et laisse apparaître que la moyenne des minutes a) se situe à 24,8%, celle des minutes b) à 9.6% et celle des minutes c) à 65.6%.

Sur la base de l'annexe 7.2, le constat est que :

- les minutes lettre a) peuvent être exclusivement effectuées par du personnel infirmier diplômé du niveau Expertise (HES, ES).

- les minutes lettre b) peuvent être effectuées par du personnel de niveau « Expertise » (HES, ES) et de niveau « Assistance » (CFC).
- les minutes lettre c) peuvent être effectuées par du personnel de niveau « Expertise » (HES, ES), « Assistance » (CFC) et « Soutien » (AFP, auxiliaires de santé).

Aujourd'hui, la dotation soignante est fixée, dans le RASI, à 90% au moins du requis PLAISIR (minutes a +b+c) et comprend la totalité des postes soignants, y compris l'infirmier-chef (ICS), l'infirmier-chef adjoint (ICA) et les infirmiers-chefs d'unités de soins (ICUS).

Il est proposé de préciser dans le RASI que la dotation requise PLAISIR correspond à celle financée effectivement pour le personnel soignant « au lit du résident » et que les tâches décrites ci-dessous effectuées ou supervisées par les ICS et/ou ICA sont sortis de la dotation requise PLAISIR.

Dans cette vision, le pourcentage de poste que cela représente est pondéré en fonction de la grandeur et de la mission de l'institution.

5.2.2.1. Infirmiers-chefs (ICS) et infirmiers-chefs adjoints (ICA)

Actuellement, un certain nombre de tâches non OPAS sont effectuées par l'IC et l'ICA qui en assure l'exécution ou la supervision.

Si l'on tient compte de ce qui est défini dans le descriptif de fonction appliqué dans le cadre de la CCT et de ce qui a été identifié dans l'étude menée par le GICAN, les tâches possibles sont :

Pour l'institution :

- Gestion globale des soins (concepts, qualité, sécurité, hygiène et prévention des infections)
- Planification des entrées et sorties (gestion des lits)
- Rôle de représentation
- Gestion de la pharmacie d'établissement
- Conduite de projets
- Établissement de rapports
- Participation à la planification stratégique
- Participation à des séances de secteur, de direction
- Relations et collaboration avec les partenaires externes (médecins, thérapeutes, fournisseurs, service de la santé publique, hôpitaux, soins à domicile, EMS, assureurs, centres de formation)

Pour l'équipe :

- Organisation des services
- Coordination des activités
- Conduite et gestion du personnel
- Formation, supervision et encadrement des collaborateurs, des élèves, stagiaires ou apprentis
- Interventions d'urgence

Pour le résident et sa famille :

- Entretien et évaluations d'admissions
- Relations et soutiens avec les familles et les répondants thérapeutiques et/ou administratifs
- Analyse de situations
- Evaluations PLAISIR/PLEX

Ces tâches non reconnues LAMal font partie intégrante et sont indissociables de l'activité du secteur des soins. Selon la législation, elles doivent être financées, sans toutefois se répercuter sur le prix de pension (socio-hôtelier) à charge du résident.

Il est proposé que le financement « part cantonale » lié à l'évaluation PLAISIR/PLEX (article 8, alinéa 4 de la LFinEMS) est distingué clairement des tâches listées ci-dessus qui sont considérées et reconnues à travers un financement « soins » particulier.

5.2.2.2. Horaires en journée

Sont proposés :

Une présence en personnel infirmier diplômé d'au moins 8 heures par jour doit être assurée, 7 jours sur 7.

Une présence constante de personnel soignant 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 est garantie.

5.2.2.3. Horaires du soir et horaire de nuit

Sont proposés pour les collaborateurs qui travaillent de nuit :

- a) La dotation comprend au minimum une veilleuse pendant les heures de nuit,
- b) Pour les établissements ayant entre 31 à 39 résidents dont la collaboratrice est seule la nuit, l'horaire du soir 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 la formation de la Croix-Rouge et avoir une expérience confirmée.

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.

5.2.2.4. Piquet infirmier

Est proposé :

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 30 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.

5.2.3. Dotation socioculturelle

Une dotation spécifique est prévue, dans une vision future d'une équipe unique d'accompagnement (soins et animation), sur la base des profils d'usagers (y compris les personnes atteintes de troubles cognitifs, mais sans troubles du comportement) et les prestations définies dans le concept de base.

5.2.4. Dotation socio-hôtelière

Comme pour l'animation socioculturelle, une dotation spécifique est calculée sur la base des profils des usagers et les prestations définies dans le concept de base.

5.3. Hébergement psychogériatrique

Le personnel doit être en nombre adéquat, qualifié, formé et soutenu. Si d'autres missions sont confiées à l'établissement, comme par exemple l'hébergement gériatrique, le personnel doit pouvoir choisir de travailler dans cette spécialisation.

5.3.1. Profils professionnels

- Infirmier diplômé, formé en psychogériatrie, référent d'équipe au bénéfice d'un CAS « psychiatrie de la personne âgée », « psychogériatrie » ou d'une formation équivalente.
- Personnel soignant (infirmier diplômé, ASSC, ASA, aides-soignantes) formé et/ou avec expérience à l'accompagnement en psychogériatrie.
- Référent médical.
- Personnel thérapeutique.
- Personnel d'animation.
- Personnel socio-hôtelier.

5.3.2. Dotation soins

Les principales caractéristiques définies dans le concept de base (chapitre 4) mettent en évidence le caractère central et le poids de la guidance et des soins relationnels dans l'accompagnement de ces résidents.

Selon Christophe Held et Doris Ermini-Fünfschilling¹⁶, l'organisation du cadre de vie, des services, des horaires de présence et des soins doivent être repensés en

¹⁶ Maladie d'Alzheimer : accueillir la démence, Christophe Held et Doris Ermini-Fünfschilling, Editions Médecine&Hygiène, 2010

fonction des résidents selon le degré d'évolution de la démence. Ainsi, cette évolution représente de grandes différences dans les philosophies et buts de soins, de dotation en personnel, de grille horaire, les exigences d'organisation de la cuisine et du service de maison.

Trois catégories ont été définies :

- Démence légère à moyenne (critères cognitifs/valeurs d'estimation : MMS 25-15 points, indes de Barthel 60 à 100 points (MMS ou plutôt le MM mental state exam qui est une version consensuelle GRECO 1998 ; activités de la vie quotidienne (ADL), indice de Barthel)).
- Démence moyenne à avancée (critères cognitifs/valeurs d'estimation : MMS 15-5 points, indes de Barthel 60 à 40 points)
- Démence avancée (critères cognitifs/valeurs d'estimation : < 5 points, indes de Barthel < 40 points)

Ces critères et indices permettent d'avoir une notion plus importante des besoins spécifiques et des besoins d'interdisciplinarités. Ceci amène inévitablement à penser « accompagnement global » (soins et socioculturel) et à des dotations différenciées dans le socioculturel et le socio-hôtelier.

Dès lors, pour assurer une prise en soins adéquate, respectueuse de l'intégrité du résident, la dotation est adaptée au requis PLAISIR, selon des pondérations à définir.

5.3.3. Dotation socioculturelle

Voici quelques caractéristiques de l'accompagnement, selon le degré de démence :

Démence légère à moyenne :

L'organisation journalière se structure pour être une journée la plus normale possible. L'accompagnement porte sur l'autonomie et le soutien « diplomatique » et adapté aux capacités restantes. Le rythme est donné par les trois repas principaux. Le résident participe à la vie, mais le rythme n'est plus celui du résident gériatrique, en raison de difficultés apparentes dans les fonctions cognitives (mémoire, locution, orientation, capacité de jugement, reconnaissance des personnes). La personne se trouve dans un état malade, avec un sentiment d'insécurité, des phases de tristesse, d'anxiété et de rage. Tous changements continuels de l'environnement provoquent de l'irritation.

Les lignes directrices de l'accompagnement des soins et socioculturel sont :

- Considérer chaque résident comme une personne unique et le respecter dans son vécu (connaissance de ses besoins, de son mode de vie antérieur et actuel et de son histoire personnelle).
- Accorder au résident toute l'indépendance et les choix possibles, même si cela implique certains risques.
- Encourager le résident et inciter, de sa part, une autonomie maximale.
- Veiller à entretenir une ambiance détendue et gaie.
- Accompagner et encourager les soins de base.

Démence moyenne à avancée :

Les fonctions exécutives (planification, volonté, réflexion) ne déterminent plus l'activité. Le détournement de l'attention par des éléments de l'environnement et par des détails provoque une recherche sans but et de l'errance. Le résident est incapable de s'occuper de manière indépendante et de rester dans un lieu. La démarche devient incertaine, la progression se fait à petits pas et le risque de chute augmente.

Des perturbations de la reconnaissance et de l'orientation se manifestent (objets dangereux touchés ou mis en bouche). La capacité à communiquer est réduite et les comportements sociaux sont perdus. Les relations entre le résident et le personnel sont dominés par des sentiments « infantiles » comme la jalousie, la désinhibition ou l'esprit querelleur, mais aussi par des accès de joie excessive et une forte dépendance affective.

Le sens de la propriété et de la sphère privée se perd (le résident se couche sur n'importe quel lit). Il n'a plus la possibilité d'aller aux toilettes lui-même. C'est le début de l'incontinence et de faire à des endroits inappropriés.

Les lignes directrices de l'accompagnement des soins et socioculturel sont :

- Considérer chaque résident comme une personne unique et le respecter dans son vécu (connaissance de ses besoins, de son mode de vie antérieur et actuel et de son histoire personnelle).
- Accorder au résident toute l'indépendance et les choix possibles, même si cela implique certains risques.
- Continuer à proposer des activités aussi pertinentes que possible.
- Prendre en considération l'importance de la relation et de la sécurité affective.
- Limiter les mesures restrictives de la liberté (limitant le mouvement, la médication, etc.) dans le temps.
- Les besoins en soins de base ne sont pas obligatoirement totalement couverts surtout si le résident montre d'autres besoins, de la peur ou de la réticence.

Démence avancée :

Forte régression fonctionnelle et corporelle avec perte du langage, immobilité, apraxie, mobilité indifférenciée, incontinence urinaire et fécale.

Troubles du comportement se traduisant par des appels, des cris, souvent par les besoins de base, la faim, les toilettes ou le besoin de présence humaine attentionnée. Sensibilité exacerbée aux stimulations irritantes et à la douleur (télévision, radio, etc.). Peur de l'obscurité ou la crainte de rester seule, besoins d'être tenus dans les bras, d'être rassuré ou caressé.

Les lignes directrices de l'accompagnement des soins et socioculturel sont :

- Besoin de présence humaine.
- Besoin de soins complets.
- Traitement palliatif qui se concentre sur l'atténuation des symptômes.
- Parfois encore une aide passive (accompagner la main du résident pour manger) dans l'alimentation.
- Liberté de mouvement dans le cadre d'une assistance individualisée.

- Considérer la dignité même lors de la perte des fonctions de contrôle.
- Les mesures restrictives de la liberté (limitant le mouvement, la médication, etc.) sont limitées dans le temps.
- Protection contre une surcharge sensorielle qu'une solitude ou de l'isolement.

Ces trois phases de la maladie démontrent que les besoins autre que soignants évoluent également en fonction de l'avancement de la maladie. Ceci amène l'accompagnant socioculturel à proposer davantage d'éléments individualisés, au fur et à mesure que la maladie dégénère.

5.3.4. Dotation socio-hôtelière

Sur la base des trois catégories ci-dessus, quelques caractéristiques :

Démence légère à moyenne :

Le nettoyage peut encore être assuré par du personnel externe à l'unité. Ce nettoyage se fait de préférence l'après-midi. Tant la personne en charge du nettoyage que de la blanchisserie aident le résident à plier son linge ou à nettoyer. Cela fait partie des activités quotidiennes du résident, mais ralentit le personnel qui doit être compréhensif et patient.

Pour les repas, ils peuvent être préparés dans la cuisine institutionnelle et être dressé dans les assiettes au sein de l'unité. Il est extrêmement important de tenir compte de l'aphasie et de proposer des mets favorables à la déglutition et à la digestion. Il faut envisager des repas intermédiaires (collation), car le résident mange de petites portions et a, de ce fait, plus souvent faim.

Démence moyenne à avancée :

Il est préférable de faire appel à du personnel spécifique pour l'unité, car il connaîtra le résident et son état de santé. Si le résident est perturbé, alors le ménage se fera plus tard. Les tâches de nettoyage et de buanderie sont aussi plus importantes, car l'incontinence débute. Il est important à ce stade d'habiller le résident avec des vêtements faciles d'entretien.

Idéalement, la cuisine se prépare dans l'unité avec un cuisinier. Le personnel socioculturel accompagne le résident et le personnel socio-hôtelier se charge de ranger. L'odeur est essentielle et il est important que le repas se confectionne sous ses yeux.

Il est indispensable de tenir compte de l'aphasie et de proposer des mets favorables à la déglutition et à la digestion.

Si le résident se lève de table pour errer dans l'unité, on l'alimentera « à la volée » avec des bouchées préparées qu'il pourra manger avec les doigts. Le même menu est ainsi préparé sous plusieurs formes.

Démence avancée :

Le socio-hôtelier (ménage et blanchisserie) est moins sollicité que dans les phases précédentes. L'alimentation ne sert pas seulement au maintien du métabolisme, mais constitue un élément de plaisir et de satisfaction. Elle doit respecter les préférences et habitudes de vie du résident. Ceci implique que la cuisine une très bonne connaissance du résident.

En conclusion, les deux premières phases exigent davantage de personnel socio-hôtelier pour assurer également l'accompagnement interdisciplinaire. La troisième phase, discrétion et réduction du ménage et de la blanchisserie sont possibles. Par contre, le cuisinier doit disposer de temps pour rencontrer l'équipe dans la matinée et préparer le repas sous différentes textures.

5.4. Hébergement psychiatrique

5.4.1. Profils professionnels

- Personnel infirmier diplômé formé dans la prise en soins de personnes âgées avec des troubles psychiatriques.
- Personnel soignant (ASSC, aides-soignants, ASA) compétent dans la prise en soins de personnes âgées avec des troubles psychiatriques.
- Personnel d'animation.
- Personnel consultant médical et thérapeutique (ergothérapeute, physiothérapeute, psychologues, musicothérapeute, etc.).
- Personnel socio-hôtelier.

5.4.2. Dotation soins

Pour le service de piquet, un infirmier diplômé est toujours présent par tranche-horaire ainsi qu'un piquet cadre de 18h00 à 08h00 les jours ouvrables et 24h/24h le weekend et les jours fériés.

Les dotations s'approchent de la mission psychogériatrique dans les principes.

5.4.3. Dotation socioculturelle

L'animation est présente, avec un rôle propre, sous délégation du personnel des soins. Il est nécessaire de la distinguer du socio-hôtelier. L'approche en termes de dotations est quasi similaire à la mission psychogériatrique.

5.4.4. Dotation socio-hôtelière

La présence d'une diététicienne est essentielle. Les prestations fournies se rapprochent du milieu hospitalier (cuisine) et de la mission psychogériatrique (intendance).

5.5. Hébergement court-séjour

5.5.1. Profils professionnels

Les profils professionnels sont identiques à ceux rencontrés dans une institution de long séjour gériatrique ou psychogériatrique. Spécifiquement, les courts-séjours requièrent ces profils :

- Infirmier spécialisé en évaluation et orientation, en santé communautaire.
- Assistant social
- Physiothérapeute
- Ergothérapeute

5.5.2. Dotation soins

Les spécificités sont liées aux mouvements accrus (entrées et sorties). Sur la base d'une institution de référence de 38 lits, la moyenne enregistrée des entrées et sorties est de 180 par année. Dans le domaine des soins, les tâches qui y sont liées sont exclusivement de compétences infirmières (évaluation, création du dossier, anamnèse, processus de soins, médication et orientation).

L'organisation des visites médicales, les transmissions d'informations, la prise d'ordre et la collaboration médicale demandent souplesse et grande capacité d'adaptation, du fait que chaque résident garde son (ses) médecin(s) habituel(s). Les visites médicales ne peuvent être planifiées à des moments précis dans la semaine.

Par rapport à l'objectif de retour à domicile en lien avec l'article 7 OPAS, les prestations d'évaluation, conseils et coordination sont constantes sur la durée du séjour. Les soins de base sont moins conséquents que dans le long séjour. Le rapport Expertise et Soutien est très différent du long séjour.

Une expertise infirmière et sociale est requise en évaluation et orientation dans le réseau de soins (CAS).

5.5.3. Dotation socioculturelle

Un niveau d'expertise est requis par rapport à l'adaptation constante de l'objectif d'accompagnement, aux mouvements des résidents (entrées, sorties) et de la courte durée des séjours.

L'équipe d'accompagnement participe activement au projet de retour à domicile par des activités de maintien et développement des liens sociaux, des capacités intellectuelles et/ou physiques.

5.5.4. Dotation socio-hôtelière

Le rythme d'entrées et de sorties annuel a un impact sur le fonctionnement de :

- l'intendance (nettoyage des chambres, changement de lit, gestion du linge personnel des résidents, etc.)
- l'administration (gestion du nombre de dossiers, modes de facturation et d'évaluation, suivi du contentieux, accueil et réception)
- la cuisine (recueil des habitudes et régimes alimentaires, adaptation quotidienne du plan de table)

- le service technique (transports quotidiens pour les consultations médicales et les soins ambulatoires)

5.6. Pensions

5.6.1. Profils professionnels

- animateur socioculturel ou éducateur social (HES ou ES) en tant que responsable d'équipe.
- Assistant socioéducatif (ASE), animateur, formé en gériatrie.
- Personnel socio-hôtelier (personnel administratif, technique, cuisinier, aide de cuisine, GEI, EEI).

5.6.2. Dotation soins

La pension n'est pas reconnue comme un prestataire de soins au sens de la LAMal. Ces prestations sont dispensées par un organisme externe. Après quelques mois de fonctionnement, il a toutefois été constaté à la pension « Le Logis » (projet-pilote) qu'il peut arriver que le personnel socio-éducatif ou socio-hôtelier soit amené à fournir, en urgence, des soins de base (douche). Cette réalité devrait être prise en compte dans les dotations et la formation du personnel.

5.6.3. Dotation socio-éducative

Les prestations d'accompagnement (collectives et individuelles) sont fournies par du personnel socio-éducatif. Une dotation minimale d'encadrement par pensionnaire est à définir, comme pour les autres missions.

Un encadrement est assuré 365 jours par an, par une présence du personnel durant 14 heures (de 07h30 à 21h30) et un piquet de nuit.

5.6.4. Dotation socio-hôtelière

Les prestations fournies (repas, entretien de l'habitat, du linge, des installations et réparations, transports), par du personnel du domaine de l'intendance et de la cuisine, impliquent de définir une dotation spécifique par pensionnaire, comme pour les autres missions.

Ces corps de métiers sont d'autant plus importants dans cette mission, du fait de leur rôle primordial dans l'accompagnement du pensionnaire pour le guider au maintien de son autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Dans le domaine du ménage et de la cuisine, le rôle du personnel hôtelier se rapproche de celui d'un maître socio-professionnel, en étroite collaboration avec l'équipe socio-éducative. L'accompagnement est global, mais aussi individualisé en fonction du pensionnaire.

6. Remarques à l'attention du COPIL PMS

A ce stade, le GT souhaite la validation de principes généraux qui définiront les dotations en 2016. La piste retenue par le Copil Accueil & Séjour est développée ci-après :

Différencier les dotations sur la fonction en sortant le collaborateur de la dotation socio-hôtelière pour créer le groupe « animation socioculturelle »

Dans la pratique, nous retrouverions la configuration suivante :

1. *Personnel soignant*

- Infirmier
- CFC (ASSC, ASE)
- Soutien : aide-soignante

La fixation de la dotation soignante est réalisable en utilisant les sources suivantes :

- Evaluation du requis en soins PLAISIR, soit la répartition de la dotation soignante en tenant compte de la répartition des minutes de soins basée sur les types de prestations fournies.
- Evaluation, conseils et coordination, lettre a) de l'évaluation PLAISIR, activités réalisées spécifiquement par une infirmière.
- Examens et traitements, lettre b) de l'évaluation PLAISIR, activités réalisées principalement par l'ASSC.
- Soins de base, lettre c) de l'évaluation PLAISIR, activités réalisées principalement par l'aide-soignante.

Les points forts sont :

- Flexibilisation de la dotation par rapport à la mission
- Requérir le professionnel exigé pour fournir l'activité requise (actuellement, le RASI demande une dotation diplômée d'au minimum 20% sans tenir compte des prestations requises, ce qui donne la possibilité à une institution d'employer du personnel avec une qualification qui n'est pas en rapport avec la prestation à donner).
- Mixer les temps a), b) et c) entre les niveaux de prestations.
- Possibilité de différencier le niveau du financement par rapport au requis à 100%. Par exemple, financer le 80% de la lettre a) mais le 100% de la lettre c).

Cette dernière proposition comporte une étape délicate qu'est la fragmentation de la minute de soins actuelle en trois parties correspondant aux lettres a), b), et c). De plus, comme PLAISIR se base sur le requis, le risque de décalage avec l'existant subsistera.

2. *Personnel socioculturel*

- De par son activité « au lit du résident », nous considérons nécessaire de « sortir » le collaborateur socioculturel de la dotation socio-hôtelière. Cette volonté est notre manière de répondre à une crainte, au vu de la pression sur les budgets, de voir des institutions « couper » dans ce secteur.

Le choix de cette option par le COPIL PMS sera un signe fort d'une volonté de reconnaître l'importance de l'animation socioculturelle dans l'accompagnement global du résident, de mettre des garde-fous pour qu'il demeure de qualité et de le concevoir dans notre vision d'interdisciplinarité.

3. Personnel socio-hôtelier

- Intendance
- Restauration
- Technique
- Administration

Actuellement, nous pensons contre-productif de segmenter davantage la dotation socio-hôtelière. L'institution se doit de conserver une marge de manœuvre dans la constitution de ses équipes et de définir ses priorités dans l'accomplissement des tâches à l'interne ou en externalisant (par ex. la buanderie, la comptabilité, etc.)

Conclusion

La piste proposée ne peut être mise en place « d'un coup de cuillère à pot ». Malgré l'investissement bénévole et sans compter des membres du GT Séjour, et plus particulièrement de sa présidente, il nous est impossible, pour les délais fixés, d'apporter des réponses chiffrées.

Le choix final appartient au COPIL PMS et à lui seul. Nous, les professionnels du terrain, amenons les éléments techniques et notre vécu dans la conception de l'équipe de demain. Sous-tend à nos réflexions, les valeurs d'éthique, de respect, de bientraitance, de professionnalisme, dans la finalité de garantir aux résidents de nos institutions un accompagnement respectueux et digne. En aucun cas, nous proposerons un système réducteur et diminuant les prestations. Au risque de nous répéter, il appartient au COPIL PMS de valider la voie qu'il souhaite entreprendre.

7. Annexes

7.1. Report des métiers dans l'échelle PLAISIR

Planification des soins requis		INF	ASSC	AIDES	ASE	GEI
Total d'actes: 194		189	167	141	74	28
A	Respiration					
1	Humidificateur	oui	oui	oui	non	non
2	Exercices respiratoires	oui	Partiel	oui	non	non
3	Spirométrie	oui	oui	non	non	non
4	Tapotements	oui	non	non	non	non
5	Drainages posturaux	non	non	non	non	non
6	Vibro-Massage	non	non	non	non	non
7	Aérosols	oui	oui	oui	non	non
8	Aspirations des sécrétions Buccales	oui	oui	non	non	non
9	Aspirations des sécrétions Nasales	oui	oui	non	non	non
10	Aspirations des sécrétions trachéales	oui	oui	non	non	non
11	Oxygénothérapie par lunette	oui	oui	oui	non	non
12	Oxygénothérapie par masque	oui	oui	oui	non	non
13	Oxygénothérapie par Cathéter	oui	oui	oui	non	non
14	Soins de trachéotomie	oui	oui	non	non	non
15	Soins peau et canule, pansement	oui	oui	non	non	non
16	Instillation	oui	oui	non	non	non
17	Ballonet	oui	oui	non	non	non
B	Boire et Manger					
1	Déjeuner	oui	oui	oui	oui	oui
2	Dîner	oui	oui	oui	oui	oui
3	Souper	oui	oui	oui	oui	oui
4	Collation	oui	oui	oui	oui	oui
5	Hydratation	oui	oui	oui	oui	oui
6	Complément de menu	oui	oui	oui	oui	oui
7	Alimentation entérale avec pompe	oui	oui	oui	non	non
8	Alimentation entérale sans pompe	oui	oui	oui	non	non
9	Alimentation entérale à la seringue	oui	oui	oui	non	non
C	Elimination					
1	Urinal	oui	oui	oui	oui	non
2	Vase de lit	oui	oui	oui	oui	non
3	Toilette ou chaise percée	oui	oui	oui	oui	oui
4	soins d'incontinence urinaire (pampers)	oui	oui	oui	oui	non
5	Soins d'incontinence fécale	oui	oui	oui	non	non
6	Pose de condom	oui	oui	oui	non	non
7	Pose de sonde vésicale femme	oui	oui	non	non	non
8	Pose de sonde vésicale Homme	non	non	non	non	non
9	Soins externe de sonde vésicale	oui	oui	oui	non	non
10	Drainage du sac collecteur	oui	oui	oui	oui	non
11	Irrigation Vésicale	oui	oui	oui	non	non
12	Irrigation vésicale continue	oui	oui	oui	non	non
13	Instillation vésicale	oui	oui	non	non	non
14	Installation sonde rectale	oui	non	non	non	non
15	Curage rectal	oui	non	non	non	non
16	Irrigation rectale	oui	non	oui	non	non
17	Toucher rectal	oui	non	non	non	non
18	Stimulation anale	non	non	non	non	non
19	Massage intestinal	oui	oui	oui	non	non
20	Soins de stomie	oui	oui	oui	non	non

21	Remplacement de sac	oui	oui	oui	non	non
22	Entretien du sac	oui	oui	oui	non	non
23	Irrigation de colostomie	oui	non	non	non	non
D	Soins d'hygiène					
1	Toilette lavabo	oui	oui	oui	oui	non
2	Toilette douche	oui	oui	oui	oui	non
3	Toilette baignoire	oui	oui	oui	oui	non
4	Toilette partielle	oui	oui	oui	oui	non
5	Toilette complète	oui	oui	oui	oui	non
6	Toilette génitale	oui	oui	oui	oui	non
7	Lavage de tête shampoing	oui	oui	oui	oui	non
8	Manucure	oui	oui	oui	oui	non
9	Pédicure	oui	oui	oui	oui	non
10	Rasage	oui	oui	oui	oui	non
11	Hygiène buccale	oui	oui	oui	oui	non
12	Brossage de dentiers	oui	oui	oui	oui	non
13	Cosmétique	oui	oui	oui	oui	non
14	Démaquillage	oui	oui	oui	oui	non
15	Habillage	oui	oui	oui	oui	non
16	Déshabillage	oui	oui	oui	oui	non
E	Mobilisation					
1	Se bouger dans le lit avec aide	oui	oui	oui	non	non
2	Se lever avec aide	oui	oui	oui	oui	non
3	Se coucher avec aide	oui	oui	oui	oui	non
4	S'asseoir avec aide	oui	oui	oui	oui	oui
5	Se déplacer dans la chambre avec aide	oui	oui	oui	oui	non
6	Se déplacer sur l'étage avec aide	oui	oui	oui	oui	non
7	Se déplacer dans la maison avec aide	oui	oui	oui	oui	non
8	Se déplacer à l'extérieur avec aide	oui	oui	oui	oui	non
9	Utiliser les transports avec aide	oui	oui	oui	oui	non
10	Utiliser les escaliers avec aide	oui	oui	oui	oui	non
11	Lever avec cigogne	oui	oui	oui	non	non
12	Coucher avec cigogne	oui	oui	oui	non	non
13	Pousser le fauteuil roulant	oui	oui	oui	oui	oui
14	Frictions	oui	oui	oui	oui	non
15	Installation au lit	oui	oui	oui	oui	non
16	Exercices musculaires	oui	oui	oui	non	non
17	Pose de moyen de protection	oui	oui	oui	non	non
F	Communication					
1	Communication individuelle de soutien	oui	oui	oui	oui	non
2	Troubles cognitifs	oui	oui	oui	non	non
3	Troubles psychiatriques	oui	oui	oui	non	non
4	Trouble de la vue	oui	oui	oui	oui	oui
5	Trouble de l'ouïe	oui	oui	oui	oui	oui
6	Trouble de la parole	oui	oui	oui	oui	oui
7	Trouble de l'orientation	oui	oui	oui	oui	oui
8	Trouble de la mémoire	oui	oui	oui	oui	oui
9	Trouble de l'attention	oui	oui	oui	oui	oui
10	Trouble spatio-temporelle	oui	oui	oui	oui	oui
11	Bilan fonctionnel	oui	oui	oui	non	non
12	Bilan quotidien	oui	oui	oui	oui	non
13	Réadaptation psycho-sociale	oui	oui	oui	oui	non
14	Entretien médical	oui	oui	oui	non	Non

15	Préparation du bilan psycho-social	oui	oui	oui	oui	oui
16	Relation d'aide	oui	oui	oui	oui	non
17	Enseignement	oui	oui	oui	oui	oui
18	Relation d'aide avec les proches	oui	oui	oui	oui	non
19	Activités individuelles ou de groupe	oui	oui	oui	oui	non
20	Activités récréatives	oui	oui	oui	oui	oui
21	Activités thérapeutiques	oui	oui	oui	oui	non
22	Activités socio-thérapeutiques	oui	oui	oui	oui	non
G	Médication					
1	Préparation de l'automédication	oui	oui	oui	non	non
2	Médication per os	oui	oui	oui	oui	non
3	Médication intramusculaire	oui	oui	non	non	non
4	Médication intraveineuse	oui	non	non	non	non
5	Médication sous-cutanée	oui	oui	non	non	non
6	Médication intradermique	oui	oui	non	non	non
7	Médication perfusion	oui	non	non	non	non
8	Changement de soluté	oui	oui	non	non	non
9	Changement de tubulure	oui	oui	non	non	non
10	Injection intra tubulure	oui	non	non	non	non
11	Sangs et dérivés	oui	non	non	non	non
H	Traitements					
1	Dialyse péritonéale	oui	non	non	non	non
2	Installation de sonde gastrique	oui	non	non	non	non
3	Drainage libre	oui	non	non	non	non
4	Drainage sous l'eau	oui	non	non	non	non
5	Drainage avec succion	non	non	non	non	non
6	Irrigation vaginale	oui	oui	oui	non	non
7	Irrigation vulvaire	oui	oui	oui	non	non
8	Irrigation auriculaire	oui	?	non	non	non
9	Irrigation gastrique	oui	oui	non	non	non
10	Trempage d'un membre	oui	oui	oui	non	non
11	Bain de siège	oui	oui	oui	non	non
12	Sac de glace ou d'eau chaude	oui	oui	oui	non	non
13	Prothèse, bandage ou orthèse	oui	oui	oui	non	non
14	Prothèse auditive, installer, ajuster, enlever	oui	oui	oui	oui	non
15	Prothèse oculaire, installer, ajuster, enlever	oui	oui	oui	non	non
16	Coquille ou prothèse, installer, ajuster, enlever	oui	oui	oui	non	non
17	Bas thérapeutique, installer, enlever	oui	oui	oui	non	non
18	Bandage, installer, enlever	oui	oui	oui	non	non
19	Prothèse orthopédique, installer, enlever	oui	oui	oui	non	non
20	Corset moulé, installer, enlever	oui	oui	oui	non	non
21	Plaie	oui	oui	oui	non	non
22	Points de suture, agrafes, enlever	oui	oui	non	non	non
23	Mèche ou pansements, enlever	oui	oui	non	non	non
24	Irrigation de plaie	oui	oui	non	non	non
25	Installation de cathéter dans une plaie	oui	non	non	non	non
26	Nettoyage de plaie à l'air	oui	oui	oui	non	non
27	Désinfection vulvaire ou scrotale	oui	oui	oui	non	non
28	Lampe thérapeutique	oui	oui	oui	non	non
29	Pansement sec	oui	oui	oui	non	non
30	Pansement humide	oui	oui	non	non	non
31	Pansement aseptique	oui	oui	non	non	non
32	Pansement de plaie avec écoulement	oui	oui	non	non	non

33	Pansement de régénération de peau	oui	oui	oui	non	non
34	Débridement de plaie avec pince ou ciseaux	oui	non	non	non	non
35	Application d'onguent sans développement	oui	oui	oui	non	non
36	Application d'onguent avec développement	oui	oui	oui	non	non
37	Technique de précaution limitée	oui	?	?	non	non
38	Technique d'isolement étendue	oui	?	?	non	non
I	Méthodes diagnostiques					
1	Observation psycho-sociale à intervalle	oui	oui	oui	oui	non
2	Observation psycho-sociale constante	oui	oui	oui	oui	non
3	Signes vitaux température buccale	oui	oui	oui	non	non
4	Signes vitaux température rectale	oui	oui	oui	non	non
5	Signes vitaux température axillaire	oui	oui	oui	non	non
6	Respiration	oui	oui	oui	non	non
7	Pulsation	oui	oui	oui	non	non
8	Tension artérielle	oui	oui	oui	non	non
9	Signes neurologiques	oui	oui	oui	non	non
10	Signes vasculaires	oui	oui	oui	non	non
11	Dosage ingesta PO	oui	oui	non	non	non
12	Dosage ingesta par tube	oui	oui	non	non	non
13	Dosage ingesta par Voie veineuse	oui	non	non	non	non
14	Dosage excréta par voie naturelle	oui	oui	oui	non	non
15	Dosage excréta par tubes ou bouteilles	oui	oui	oui	non	non
16	Pesée, mensuration	oui	oui	oui	oui	non
17	Collecte de 24 heures	oui	oui	oui	non	non
18	Expectoration	oui	oui	non	non	non
19	Urine	oui	oui	oui	non	non
20	Filtrage des urines	oui	oui	non	non	non
21	Prélèvements simples, sécrétions	oui	oui	oui	non	non
22	Prélèvement de selles	oui	oui	oui	non	non
23	Prélèvement d'urine analyse	oui	oui	oui	non	non
24	Prélèvement d'urine Culture	oui	oui	non	non	non
25	Prélèvement de sang	oui	oui	non	non	non
26	Clinitest - acetest	oui	oui	oui	non	non
27	Glucosurie	oui	oui	oui	non	non
28	Assistance à un examen	oui	oui	oui	non	non
29	Assistance procédure médicale	oui	oui	oui	non	non
J	Créativité					
1	Loisirs tv	oui	oui	oui	oui	oui
2	Journaux	oui	oui	oui	oui	oui
3	Livres	oui	oui	oui	oui	oui
4	Jeux	oui	oui	oui	oui	oui
5	Radio	oui	oui	oui	oui	oui
6	Activités individuelles	oui	oui	oui	oui	oui
7	Activités de groupes	oui	oui	oui	oui	oui
8	Sorties et promenades	oui	oui	oui	oui	oui
K	Croyances et valeurs					
1	Votation	oui	oui	oui	oui	non
2	Spiritualité	oui	oui	oui	oui	non
3	Attentes soins et traitement	oui	oui	oui	oui	?
4	Fin de vie	oui	oui	oui	oui	oui

7.2. Minutes a, b, c – état de situation au 31.10.2013

EMS - 3	Minutes A - B - C selon OPAS			Répartition en %		
	Moyenne de A avec CSB	Moyenne de B	Moyenne de C	A avec CSB	B	C
1	34.38	11.14	100.77	23.5%	7.6%	68.9%
2	30.54	12.26	52.85	31.9%	12.8%	55.3%
3	34.75	9.99	124.52	20.5%	5.9%	73.6%
4	36.21	12.15	117.23	21.9%	7.3%	70.8%
5	30.60	10.66	65.90	28.6%	10.0%	61.5%
6	45.98	11.76	113.02	26.9%	6.9%	66.2%
7	52.96	39.36	20.68	46.9%	34.8%	18.3%
8	47.11	20.70	115.37	25.7%	11.3%	63.0%
9	35.63	17.50	112.06	21.6%	10.6%	67.8%
10	41.27	16.70	141.40	20.7%	8.4%	70.9%
11	35.31	11.99	119.75	21.1%	7.2%	71.7%
12	38.71	9.24	91.78	27.7%	6.6%	65.7%
13	34.25	9.05	104.11	23.2%	6.1%	70.6%
14	38.81	16.27	168.67	17.3%	7.3%	75.4%
15	42.26	12.57	142.68	21.4%	6.4%	72.2%
16	36.35	7.82	42.31	42.0%	9.0%	48.9%
17	36.34	11.75	107.73	23.3%	7.5%	69.1%
18	36.44	13.35	104.89	23.6%	8.6%	67.8%
19	37.50	12.14	111.20	23.3%	7.5%	69.1%
20	48.19	17.11	57.79	39.1%	13.9%	46.9%
21	35.47	12.50	96.36	24.6%	8.7%	66.8%
22	36.61	13.37	112.91	22.5%	8.2%	69.3%
23	29.81	8.41	71.68	27.1%	7.7%	65.2%
24	38.12	14.26	113.12	23.0%	8.6%	68.4%
25	40.07	12.89	121.56	23.0%	7.4%	69.7%
26	34.37	10.75	99.62	23.7%	7.4%	68.8%
27	36.77	14.25	104.27	23.7%	9.2%	67.1%
28	33.12	13.17	84.51	25.3%	10.1%	64.6%
29	35.73	9.17	90.74	26.3%	6.8%	66.9%
30	36.89	11.17	112.97	22.9%	6.9%	70.2%
31	31.77	6.88	17.05	57.0%	12.3%	30.6%
32	35.30	11.77	100.03	24.0%	8.0%	68.0%
33	40.67	17.24	131.99	21.4%	9.1%	69.5%
34	36.94	12.19	124.66	21.3%	7.0%	71.7%
35	37.78	18.79	118.84	21.5%	10.7%	67.8%
36	27.13	12.02	44.23	32.5%	14.4%	53.0%
37	33.66	12.04	100.09	23.1%	8.3%	68.7%
38	37.09	13.20	101.89	24.4%	8.7%	67.0%
39	33.61	9.31	98.00	23.9%	6.6%	69.5%
40	34.13	9.30	94.46	24.8%	6.7%	68.5%
41	28.52	8.18	59.73	29.6%	8.5%	61.9%
42	35.26	10.57	87.25	26.5%	7.9%	65.6%
43	33.43	12.60	99.87	22.9%	8.6%	68.5%
44	37.30	12.28	122.31	21.7%	7.1%	71.2%
45	33.50	8.80	88.59	25.6%	6.7%	67.7%
46	64.00	56.95	37.53	40.4%	35.9%	23.7%
47	44.03	21.06	106.70	25.6%	12.3%	62.1%
48	25.44	10.11	45.49	31.4%	12.5%	56.1%
49	37.43	12.03	80.47	28.8%	9.3%	61.9%
50	47.66	16.35	141.67	23.2%	7.9%	68.9%
51	33.91	9.03	99.85	23.7%	6.3%	69.9%
52	34.29	11.88	104.32	22.8%	7.9%	69.3%
53	43.50	10.14	167.74	19.6%	4.6%	75.8%
54	47.20	13.92	144.68	22.9%	6.8%	70.3%

55	31.62	9.64	85.24	25.0%	7.6%	67.4%
56	35.75	9.52	107.86	23.3%	6.2%	70.4%
57	36.56	13.46	133.01	20.0%	7.4%	72.7%
58	35.29	14.59	107.23	22.5%	9.3%	68.3%
59	45.23	19.02	117.26	24.9%	10.5%	64.6%
60	113.56	100.76	126.67	33.3%	29.5%	37.1%
61	60.02	44.44	18.60	48.8%	36.1%	15.1%
Total gé	38.04	14.79	100.79	24.8%	9.6%	65.6%

7.3. Professions (formations) dans les institutions sociales et santé-sociales réglementées sur le plan fédéral

DEPARTEMENT FORMATION

Professions (formations) dans les institutions sociales et santé-sociales réglementées sur le plan fédéral

Domaine de travail	Classement dans le système de formation Désignation	Tertiaire A Niveau haute école		Tertiaire B Formation professionnelle supérieure			Sec. II Formation professionnelle de base	
		Haute école universitaire Bachelor, Master	Haute école spécialisée Bachelor, Master	Ecole supérieure Diplôme	Examen prof. supérieur Diplôme	Examen professionnel Brevet fédéral	Secondaire II : Certificat féd. de capacité	Secondaire II : Attestation fédérale AFP
Soins Encadrement Education	Aide-soignante/t avec CC ¹							X
	Aide en soins et accompagnement AFP							X
	Assistante/t en soins et santé communautaire CFC						X	
	Assistant/e socio-éducatif/ve CFC						X	
	Assistant/e spécialisé/e en soins de longue durée et accompagnement BF ²					X		
	Infirmier/ère diplômé/e ES			X				
	Infirmier/ère diplômé/e HES		X					
	Bachelor/Master of Science in Nursing	X						
	Educateur/trice social/e ES diplômé/e			X				
	Educateur/trice social/e HES diplômé/e		X					
	Educateur / trice de l'enfance diplômé/e. ES			X				
	Responsable d'équipe dans les institutions sociales et médico-sociales BF					X		
Accompagnatrice/teur social BF					X			
Hôtellerie Economie domestique	Employé/e en intendance AFP							X
	Employé/e en hôtellerie AFP							X
	Gestionnaire en intendance CFC						X	
	Spécialiste en hôtellerie CFC						X	
	Intendant/e du secteur hôtelier d'établissement BF					X		
	Chef/ffe du secteur hôtellerie-intendance avec diplôme fédéral				X			
	Intendant/e dipl. ES			X				

¹ Formation réglementée par la CRS selon l'ancienne loi, jusque 2012

² Règlement envoyé à l' SEFRI 2013

Document changé le: 20.01.2014 /wm/tp

DEPARTEMENT FORMATION

Domaine de travail	Classement dans le système de formation Désignation	Tertiaire A Niveau Haute école		Tertiaire B Formation professionnelle supérieure			Sec. II Formation professionnelle de base	
		Haute école universitaire Bachelor, Master	Haute école spécialisée Bachelor, Master	Ecole supérieure Diplôme	Examen prof. supérieur Diplôme	Examen professionnel Brevet fédéral	Secondaire II : Certificat féd. de capacité	Secondaire II : Attestation fédérale AFP
Technique domestique	Nettoyeur/se en bâtiment CFC						X	
	Spécialiste en nettoyage des bâtiments BF					X		
	Nettoyeur/se en bâtiment diplômé/e				X			
	Aide en technique du bâtiment AFP							X
	Agent d'exploitation CFC						X	
	Horticulteur/trice CFC						X	
	Concierge BF					X		
	Chargé/e de sécurité d'hôpital et de home BF					X		
	Agent/e de maintenance BF					X		
	Responsable de maintenance diplômé/e				X			
	Responsable en Facility Management diplômé/e				X			
	Economiste d'exploitation en Facility Management HES		X					
Cuisine	Employé de cuisine AFP							X
	Cuisinier / ère CFC						X	
	Cuisinier/ère en diététique CFC						X	
	Chef en restauration BF					X		
	Cuisinier/ère d'hôpital, de home, d'EMS et en restauration collective BF					X		
	Responsable en restauration collective diplômé/e				X			
	Chef de cuisine / chef de production diplômé/e				X			

DEPARTEMENT FORMATION

Domaine de travail	Classement dans le système de formation Désignation	Tertiaire A Niveau haute école		Tertiaire B Formation professionnelle supérieure			Sec. II Formation professionnelle de base	
		Haute école universitaire Bachelor, Master	Haute école spécialisée Bachelor, Master	Ecole supérieure Diplôme	Examen prof. supérieur Diplôme	Examen professionnel Brevet fédéral	Secondaire II : Certificat féd. de capacité	Secondaire II : Attestation fédérale AFP
Travail d'intégration professionnelle Formation	Responsable d'atelier socio-pédagogique ES			X				
	Maître/esse socio-professionnel/le				X			
	Formateur/trice d'adulte BF					X		
	Responsable de formation d'adulte dipl.				X			
	Formateur/trice d'adulte ES			X				
Administration Management	Assistant/e de bureau AFP							X
	Employé/e de commerce CFC						X	
	Expert-comptable BF					X		
	Comptable diplômé/e				X			
	Spécialiste en ressources humaines BF					X		
	Spécialiste de la conduite d'un groupe BF					X		
	Spécialiste de la conduite d'un groupe diplômé/e ³				X			
	Directeur/trice d'institution social et médico-social dipl. (ancien. Directeur/trice d'EMS)				X			
	Divers titres dans les domaines de l'économie, du management et de la direction	X	X					
	Gestionnaire de qualité diplômé/e ⁴			X				
Activation	Spécialiste en activation dipl. ES			X				
	Animateur/trice socioculturelle HES		X					

⁴ FPD Formation post-diplôme ES
Document changé le: 20.01.2014 /wm/tp

DEPARTEMENT FORMATION

Domaine de travail	Classement dans le système de formation Désignation	Tertiaire A Niveau haute école		Tertiaire B Formation professionnelle supérieure			Sec. II Formation professionnelle de base	
		Haute école universitaire Bachelor, Master	Haute école spécialisée Bachelor, Master	Ecole supérieure Diplôme	Examen prof. supérieur Diplôme	Examen professionnel Brevet fédéral	Secondaire II : Certificat féd. de capacité	Secondaire II : Attestation fédérale AFP
Ecole	Pédagogue curatif/ve en milieu scolaire	X	X					
	Pédagogue curatif/ve clinique	X						
	Logopédiste	X	X					
	Pédagogue curatif/ve	X	X					
	Diplômes d'enseignement: Bachelor of Arts in Pre-Primary Education (niveau pré-scolaire), Bachelor of Arts in Primary Education (niveau primaire), Bachelor/Master of Arts in Secondary Education sec. I (LDS I)	X	X					
	Diplôme complémentaire en activités créatives manuelles pour personnes avec diplôme d'enseignant		X					
	Direction d'école ⁵		X					
Thérapie	Physiothérapeute dipl. HES		X					
	Ergothérapeute dipl. HES		X					
	Psychothérapeute	X	X					
	Bachelor en thérapie psychomotrice		X					
	Psychologue	X	X					
Autres	Médecin	X						
	Gériatre	X						
	Gérontologue			X				
	Diététicien/ne HES		X					

⁵ Formation continue CAS
Document changé le: 20.01.2014 /wm/tp