

DIRECTIVE

concernant les exigences minimales en personnel d'accompagnement dans les établissements médico-sociaux (EMS) de gériatrie et de psychiatrie de l'âge avancé et les divisions C d'hôpitaux

1. Bases légales

- loi fédérale du 13 mars 1964 sur le travail (LTr) ;
- loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP) ;
- loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) ;
- règlement précisant les conditions à remplir par les établissements sanitaires privés pour être reconnus d'intérêt public au sens de la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (RCLPFES) ;
- règlement du 26 janvier 2011 sur les établissements sanitaires et les établissements apparentés de droit privé dans le canton de Vaud (RES) ;
- loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS)
- règlement du 28 juin 2006 d'application de la loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (RLAPRAMS) ;
- loi sur le financement résiduel des soins de longue durée en EMS (LFR-EMS) ;
- convention relative aux tarifs mis à la charge des résident·e·s et des régimes sociaux lors de l'hébergement dans les établissements médico-sociaux et les divisions pour malades chroniques des hôpitaux et des centres de traitement et de réadaptation, reconnus d'intérêt public (Convention SOHO 2020 et les arrêtés SOHO annuels) ;
- directive du 31 juillet 2008 relative aux exigences concernant la direction des soins dans les établissements médico-sociaux et les divisions C d'hôpitaux ;
- convention collective de travail dans le secteur sanitaire parapublic vaudois (CCT-SAN).

2. Objectifs

Le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), par la présente directive, précise pour les EMS et les divisions C d'hôpitaux (ci-après : les EMS), dans le domaine des établissements à missions de **gériatrie** et de **psychiatrie de l'âge avancé** :

- les exigences minimales en qualification du personnel d'accompagnement (**soins et socio-culturelles**) ;
- les instruments de calcul de la dotation¹ en soins et socio-culturelles.

3. Instruments de calcul de la dotation

La dotation se base sur la charge de travail en fonction des prestations requises :

- la dotation en soins est fondée sur la valeur moyenne des besoins en soins requis des résident·e·s par l'outil PLAISIR (extraits de mai et octobre, tableau LR3) ;
- la dotation socio-culturelle est définie par l'outil SOHO ;
- la dotation découlant d'un complément financier est ajoutée à cette dotation.

Les documents de référence pour calculer la dotation requise sont en tout temps disponibles sur le site Internet du DSAS (<https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/pour-les-professionnels/informations-pour-le-personnel-administratif-des-etablissements-dhebergement/bases-legales>).

¹ La dotation est le processus visant à fournir à une organisation le personnel compétent dont elle a besoin à court et à long terme ([La langue des relations professionnelles - dotation en personnel \(gouv.qc.ca\)](#) ou [La dotation | CCHRSC \(ccsc-cssqe.ca\)](#))

Il s'agit de :

- la feuille de calcul dotation et sa notice d'utilisation sont disponibles sur le portail PHMS ;
- liste des fonctions/métiers selon le niveau d'expertise (Annexe 1) <https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/pour-les-professionnels/informations-pour-le-personnel-administratif-des-etablissements-dhebergement/bases-legales#irfaq-1115428-331>.

4. Equipe d'accompagnement et exigence de niveau de formation

L'ensemble du personnel de soins et socio-culturel compose l'équipe d'accompagnement des résident·e·s. Il est recommandé de favoriser une organisation du travail des équipes en interdisciplinarité pour assurer un accompagnement de qualité des résident·e·s et des proches significatif.

Les gestionnaires en intendance (GEI) prodiguant des actes d'accompagnement en lien direct avec les résident·e·s sont comptés dans la dotation à 20%, pour autant que leur cahier des charges démontre ce lien direct avec les résident·e·s.

4.1 Niveau de formation du personnel d'accompagnement

En fonction du niveau de formation, le niveau d'expertise du personnel a été défini comme suit :

- personnel de niveau expertise – tertiaire (ES/HES) ;
- personnel de niveau assistance – secondaire II (CFC) ;
- personnel de niveau soutien – Auxiliaire (AFP ou compétences minimales).

Compétences minimales

Le personnel de niveau soutien sans formation de niveau attestation fédérale professionnelle (AFP) **doit avoir acquis des compétences** dans :

- la collaboration et le soutien dans le cadre de soins de santé et de soins corporels ;
- la participation à l'accompagnement des résident·e·s dans la vie quotidienne ;
- l'assistance dans les activités d'entretien ;
- le respect et l'application des règles d'hygiène et de sécurité ;
- la participation aux tâches d'administration, logistique et organisation du travail ;
- le développement et le respect de son rôle et de la collaboration avec l'équipe interdisciplinaire.

Quel que soit le niveau de formation, il est 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.).

L'annexe 1, accessible sur le site du DSAS, présente la liste des fonctions/métiers selon le niveau d'expertise.

4.2. Personnel socio-culturel

Depuis 2020, chaque résident·e a droit à un temps d'activités socio-culturelles quotidien, défini dans l'outil SOHO. La structure du personnel socio-culturel exigée est la suivante :

- personnel de niveau expert et assistance : 50% (maximum de 10% HES/ES).
- personnel de niveau soutien : 50% (maximum).

Le canton recommandant vivement d'avoir 10% de personnel de niveau expert (HES/ES), ce maximum de 10% peut bénéficier d'un financement SOHO.

4.3 Personnel de soins

Depuis 2020, la structure du personnel de soins exigée est la suivante :

- 15% du personnel expert comprenant au minimum un·e infirmier·ère diplômé·e 8h.18 par jour, 7 jours sur 7 ;
- 22.5% du personnel d'assistance ;
- 62.5% du personnel de soutien.

4.4 Personnel du soir et de nuit

Selon la fiche de calcul de la PHMS, il comprend :

- au minimum un·e collaborateur·trice pendant les heures de nuit, soit de 21h à 7h ;
- pour les établissements ayant entre 31 à 39 résident·e·s, dont le·la collaborateur·trice est seul·e durant la nuit, l'horaire du soir (entre 19h et 23h.) doit être renforcé par un·une collaborateur·trice supplémentaire. Il appartient aux établissements d'adapter la répartition horaire des ressources du soir à la charge de travail ;
- A partir de 40 résidents, le rapport entre le nombre de veilleur·se·s et nombre de résidents est de 1 :40, soit un·e veilleur·se·s tous les 40 résident·e·s.

Nombre de résident·e·s	Nombre de personnel de nuit
< 31	1
31 à 39	1
40 à 79	2
80 à 119	3
120 à 159	4

4.4.1. Qualification du personnel de nuit

Le personnel de niveau soutien sans formation, **qui est seul la nuit, doit avoir les compétences** telles que définies sous le point 4.1. « compétences minimales », dans cette directive.

Afin de permettre au personnel de nuit de connaître les résident·e·s de jour (résident·e « debout ») et maintenir leurs compétences, le personnel de nuit :

- o travaille **un mois complet de jour** avant de débiter son activité de nuit ;
- o travaille de jour au moins une semaine par an ;
- o est clairement informé, par écrit, des conditions du piquet infirmier.

Les **directions** anticipent les problèmes d'accompagnement des résident·e·s exigeant plus de personnel, notamment, une situation de fin de vie, de résident·e ayant des troubles de comportement, en renforçant le personnel ponctuellement.

4.5 Piquet

Un service de piquet est un service en dehors des heures de présence obligatoire des infirmier·ère·s diplômé·e·s. Il est assuré par un·e infirmier·ère diplômé·e et est organisé par l'EMS.

Le déplacement sur site doit être réalisé dans les 35 minutes qui suivent l'appel téléphonique.

Chaque EMS rédige un protocole de piquet expliquant le cadre des interventions et prévoit les situations exigeant de faire appel à l'infirmier·ère de piquet. Ce protocole est connu et appliqué par le personnel de soir et nuit et les infirmier·ère·s de piquet.

5. Direction de l'accompagnement et fonctions transverses

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

Chaque EMS doit disposer d'un·e responsable des soins (directeur·trice des soins, infirmier·ère chef·fe), à un taux d'activité de 80% au moins (art. 149b LSP et 18 RES). Ce poste doit répondre aux exigences en matière de formation initiale et complémentaire ainsi que d'expérience professionnelle (5 ans).

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

- Gestion du personnel et formation ;
- Gestion administrative des résident·e·s ;
- Gestion du matériel ;
- Activités liées à la sécurité ;
- Activités liées à la qualité ;
- Activités liées aux finances.

5.2. Prise en compte de la fonction transverse

La prise en compte de la fonction transverse (FT), dans le calcul, de la dotation est établie selon le nombre de lits et pour un poste à 100%.

Nbre de lits	Taux FT admis	Taux de soins
Jusqu'à 25	40%	60%
De 26 à 35	50%	50%
De 36 à 45	60%	40%
De 46 à 55	70%	30%
De 56 à 65	80%	20%
Dès 66	85%	15%

6. Financement supplémentaire

Sur demande motivée, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) peut, exceptionnellement et en opportunité, décider d'accorder des financements supplémentaires, selon les directives ad hoc (<https://www.vd.ch/sante-soins-et-handicap/pour-les-professionnels/informations-pour-le-personnel-administratif-des-etablissements-dhebergement/directive-concernant-les-complements-financiers-en-matiere-dhebergement-medico-social>).

7. Dérogation

Des dérogations peuvent être accordées dans certains cas particuliers, modifiant sensiblement les activités de l'EMS. La demande doit être adressée au Pôle Gériatrie et psychiatrie de l'âge avancé (PGPA) (pgpa.dirheb@vd.ch)

8. Surveillance

Le respect des niveaux d'expertise et de la dotation est vérifié par le Contrôle interdisciplinaire des visites en établissements sanitaires et sociaux (CIVESS), conformément aux articles 151 LSP et 69, al. 2, lettre e, et al. 3 du RES, lors des inspections ou sur mandat ad hoc.

La DGCS et la Direction générale de la santé (DGS) sont habilitées à demander tous documents complémentaires relatifs à la dotation.

9. Sanction

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

10. Mise en vigueur

La présente directive entre en vigueur le 1^{er} mars 2025

Lausanne, le 23 janvier 2025

25_AFF_31

La cheffe du Département



Rebecca Ruiz