

RÉFORME DES SAD

TRAMES DE FICHES DE POSTE

Avril 2024

Sommaire

Rappel du modèle proposé dans la notice d'information	p. 4
Rappel des objectifs de la coordination	p. 5
Fiche de poste du responsable de la coordination	p. 6
Fiche de poste interlocuteur privilégié	p. 8
Fiche de poste encadrant aide	p. 10
Fiche de poste encadrant soins	p. 12
Impacts sur les missions des équipes d'aide et de soin	p. 15

Note de l'anap

La réutilisation des productions de l'Anap est autorisée, sous réserve que les informations qu'elles contiennent ne soient pas altérées, que leur sens ne soit pas dénaturé et que leurs sources et date de dernière mise à jour soient mentionnées. Toute réutilisation à des fins commerciales doit faire l'objet d'un échange préalable avec l'Anap.



VOUS TROUVEREZ DANS CE DOCUMENT

- Un rappel du modèle d'organisation intégrée proposé dans la notice d'information accompagnant le décret, et un rappel des objectifs de la coordination décrits dans le cahier des charges des services autonomie à domicile (CDC SAD)
- Des trames de fiches de poste à adapter (non exhaustives, servant de base à adapter par chaque service) :
 - » Fiche de poste / missions : Responsable de la coordination
 - » Fiche de poste / missions : Interlocuteur privilégié
 - » Fiche de poste / missions : Encadrant aide
 - » Fiche de poste / missions : Encadrant soins
- Un focus sur les impacts du cahier des charges SAD sur les missions des équipes d'aide et de soins

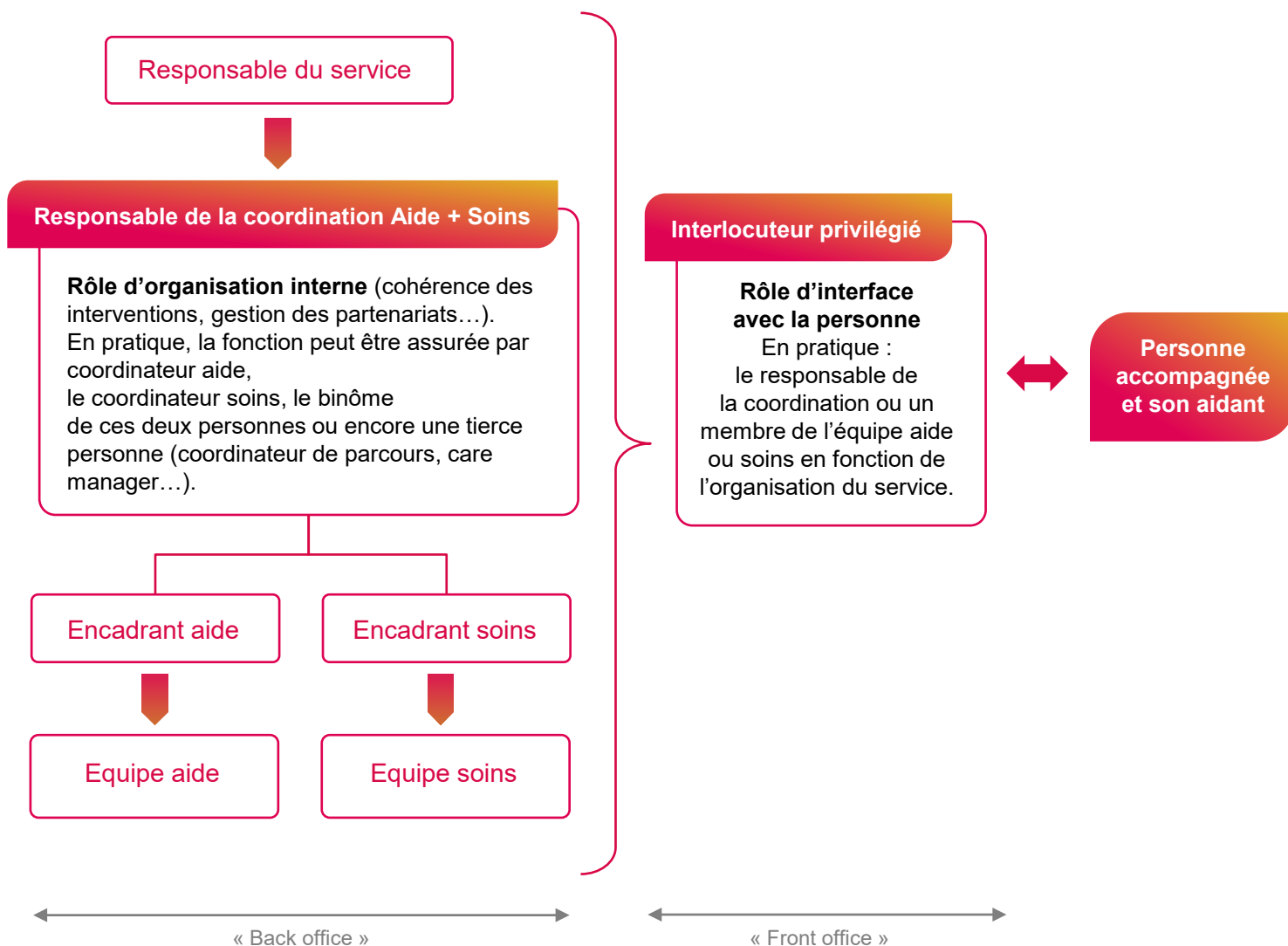
NB :

Dans la suite du document, les * sont associés à des dispositions prévues dans le cahier des charges des services autonomie à domicile (CDC SAD). Les autres propositions sont issues des travaux réalisés par un groupe de travail de gestionnaires de services à domicile.



RAPPEL DU MODÈLE PROPOSÉ DANS LA NOTICE D'INFORMATION

RÉCAPITULATIF : SCHÉMA MODÈLE INTÉGRÉ



RAPPEL DES OBJECTIFS DE LA COORDINATION

Ce que dit le décret :

LES OBJECTIFS DE LA COORDINATION (CDC SAD 4.3.1.1)

La coordination permet :

- Une évaluation globale des besoins d'aide et de soins, ainsi que la prise en compte des attentes de la personne accompagnée
- Le repérage des situations à risque de perte d'autonomie et des évolutions de la situation de handicap de la personne
- Une réponse rapide, cohérente et globale aux besoins en aide et en soins de la personne
- La désignation d'un interlocuteur privilégié pour les prestations d'aide et de soins
- La complémentarité des interventions
- Un suivi pluridisciplinaire tout au long de son accompagnement
- Le développement d'une culture commune entre les professionnels de l'aide du soin et du social
- La continuité et la fluidité des parcours

L'ORGANISATION DE LA COORDINATION DES ACTIVITES D'AIDE, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS (CDC SAD 4.3.1.2)

Les modalités de coordination de ces activités sont précisées dans le projet de service, notamment :

- Le ou les professionnels désignés par le gestionnaire comme responsables de la coordination au sein du service et leurs missions
- L'organisation des réunions de coordination
- Les formations et autres actions permettant l'acculturation des équipes, ainsi que la définition d'objectifs communs
- Les outils permettant le partage des informations nécessaires à un accompagnement global et de qualité. Le partage d'informations, strictement nécessaires au suivi médico-social de la personne, s'exerce dans les conditions prévues par l'article L. 1110-4 du code de la santé publique.

[...]

Le gestionnaire associe les équipes chargées du soin et de l'aide dans l'élaboration du projet de service.

FICHE DE POSTE DU RESPONSABLE DE LA COORDINATION

Ce que dit le décret :

Le responsable du service désigne un ou plusieurs responsables de la coordination de l'aide et du soin au sein du service. Il est chargé de mettre en œuvre les modalités de coordination définies dans le projet de service afin de répondre aux objectifs mentionnés au point 4.3.1.1. (cf : les objectifs de la coordination).

Il est chargé du suivi de la réalisation des prestations. Il s'assure notamment de la bonne information des intervenants sur les besoins spécifiques de la personne accompagnée avant toute intervention.

Il vérifie la bonne compréhension du protocole d'intervention par les intervenants (consignes, tâches à accomplir...).

Le responsable de la coordination organise les interventions en binôme (intervenants aide et soins) lorsqu'elles sont nécessaires. Il veille à ce que les intervenants du service réalisent leurs interventions d'aide ou de soins de manière complémentaire et dans la limite de leurs compétences respectives. (CDC SAD 4.3.1.3)

Responsable de la coordination

Missions

Structuration du cadre de travail et de l'organisation des équipes

- Définir les modalités de coordination entre les équipes d'aide et de soin (outils, pratiques, réunions, concertation, ...) en lien avec le projet de service, les encadrants et les équipes.
- * Mettre en œuvre les modalités de coordination définies dans le projet de service afin de répondre aux objectifs de la coordination (CDC SAD 4.3.1.3.)
- Garantir et contribuer à organiser les échanges entre les intervenants aide et soin : réunions, outils, pratiques, culture partagée de l'aide et du soin.
- Garantir l'homogénéité des procédures avec les éventuels autres responsables de la coordination
- Accompagner la montée en compétences des équipes pour l'accompagnement coordonné, veiller à son articulation avec le plan de formation.
- Elaborer les processus permettant d'assurer les nouvelles missions prévues par le cahier des charges : repérage des fragilités, lien social, prévention, aide aux aidants

Gestion des parcours / accompagnement des bénéficiaires

- Proposer un cadre facilitant l'articulation entre les acteurs autour des prises en charge coordonnées (mixtes) : organisation et animation de réunions pluriprofessionnelles, définir le cadre d'intervention en binôme intervenant aide + intervenant soin
- * Organiser les interventions en binôme (intervenants aide et soins) lorsqu'elles sont nécessaires (CDC SAD 4.3.1.3)
- * Vérifier la bonne compréhension du protocole d'intervention conjoint par les intervenants (consignes, tâches à accomplir ...) (CDC SAD 4.3.1.3)
- Veiller à ce que les intervenants du service réalisent leurs interventions d'aide ou de soins de manière complémentaire, dans la limite de leurs compétences respectives. (CDC SAD 4.3.1.3)
- Développer les relations partenariales et contribuer à animer le réseau de partenaires en lien avec le responsable de service.
- * Réaliser le suivi de la réalisation des prestations (CDC SAD 4.3.1.3)
- Il s'assure notamment de la bonne information des intervenants sur les besoins spécifiques de la personne accompagnée avant toute intervention.
- Il vérifie la bonne compréhension du protocole d'intervention par les intervenants (consignes, tâches à accomplir ...). (CDC SAD 4.3.1.3)
- Veiller à la bonne articulation et à la cohérence des interventions aide - soin
- Veiller à intégrer l'entourage dans le processus d'accompagnement (temps d'échanges, suivi de la satisfaction, ...) selon la place que la personne souhaite lui accorder

* Modalités précisées dans le décret

FICHE DE POSTE DU RESPONSABLE DE LA COORDINATION

Responsable de la coordination

<p>Exemples de compétences (liste non exhaustive)</p>	<p>Compétences techniques</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Coordination des équipes ■ Elaboration de procédures ■ Relations partenariales <p>Compétences relationnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Aptitude à fédérer ■ Capacité à transmettre, à former <p>Compétences organisationnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Capacité à s'adapter à des situations variées ■ Réactivité pour répondre aux sollicitations
<p>Profil</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ IDE/IDEC, Travailleur social ■ Profil cadre (missions relevant de la structuration du cadre de travail et de l'organisation des équipes) ■ Formation coordination, gestion de parcours...
<p>Liens hiérarchiques et fonctionnels</p>	<p>Liens hiérarchiques :</p> <p>N+1 : responsable du service, qui a en charge de désigner un ou plusieurs responsables de la coordination de l'aide et du soin au sein du service</p> <p>Liens fonctionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Articulations à définir avec l'interlocuteur privilégié et les encadrants
<p>Bonnes pratiques et enjeux</p>	<p>Bonnes pratiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Elaborer les processus permettant d'assurer les nouvelles missions prévues par le cahier des charges : repérage des fragilités, lien social, prévention, aide aux aidants ■ Proposer un cadre facilitant l'articulation entre les acteurs autour des prises en charge partagées : organisation et/ou animation de réunions pluriprofessionnelles, mise en place d'un outil commun de partage, encourager les modes de coordination entre aide et soin ■ Tracer les demandes de prises en charge <p>Enjeux identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Développer et animer des partenariats ■ Avoir une visibilité étendue de l'offre partenariale existante sur le territoire ■ Faire le lien entre les professionnels pour optimiser la coordination aide et soin ■ Garantir la bonne mobilisation des ressources de la structure (équipe pluridisciplinaire) en fonction des situations et l'articulation avec les intervenants externes ■ Fluidifier les parcours en assurant une coordination des acteurs du territoire auprès du bénéficiaire

FICHE DE POSTE INTERLOCUTEUR PRIVILÉGIÉ

Ce que dit le décret :

Le responsable de la coordination ou un intervenant placé sous sa responsabilité ou supervision exerce le rôle d'interlocuteur privilégié pour la personne accompagnée. A ce titre, il assure l'interface entre la personne accompagnée et les intervenants et est garant de la mise en œuvre du projet d'accompagnement personnalisé mentionné au 3.4.4. (CDC SAD 4.3.1.3)

Le projet d'accompagnement personnalisé est un élément central de l'accompagnement de la personne. Il est coconstruit par elle, le cas échéant avec l'appui des aidants ou de la personne de confiance, et son interlocuteur privilégié au sein du service. L'équipe pluriprofessionnelle du service est associée. (CDC SAD 3.4.4)

Le gestionnaire met en place un dispositif de suivi individualisé des interventions en accord avec la personne accompagnée. Il s'appuie à cette fin sur tous les éléments utiles tels que les retours de la personne et des intervenants et, en particulier, de l'interlocuteur privilégié de la personne accompagnée. (CDC SAD 4.1.2)

NB :

Les * sont associés à des dispositions prévues dans le cahier des charges. Les autres propositions sont issues des travaux réalisés par un groupe de travail de gestionnaires de services à domicile.

Interlocuteur privilégié

Missions

- Être l'interlocuteur de référence du bénéficiaire et de ses proches, être réactif pour apporter des réponses à leurs sollicitations et questionnements dans les meilleurs délais
- * Participer à l'élaboration du PAP (CDC SAD 3.4.4.)
 - » Recueillir les besoins de la personne, en lien avec la visite à domicile réalisée par l'encadrant, notamment sur la place qu'elle souhaite donner à ses proches
 - » Associer le bénéficiaire et les familles à l'élaboration du projet
 - » Associer les autres professionnels concernés dans l'élaboration du PAP
- S'assurer de la diffusion du PAP aux intervenants et de sa bonne compréhension par les équipes
- S'assurer de la mise en œuvre du PAP, en lien avec les autres professionnels concernés : encadrant aide et encadrant soins, responsable de la coordination dans les prises en charge partagées aide et soins, intervenants.
- Contribuer à la réévaluation et la mise à jour du PAP pour l'adapter à l'évolution des besoins de la personne
 - » Identifier l'émergence de nouveaux besoins d'accompagnement ou recueillir cette information par l'intermédiaire d'autres intervenants
 - » Participer à la réévaluation régulière (*au moins annuelle ou à l'occasion d'un changement dans la vie de la personne susceptible de le faire évoluer- CDC SAD 3.4.4) du PAP (en lien avec l'encadrant aide et/ou soin)
 - » Identifier les nouvelles prestations nécessaires pour répondre à l'évolution des besoins, en interne ou via des partenaires - en lien avec le responsable de la coordination et l'encadrant en fonction de la nature de la prestation
- Associer la personne accompagnée, promouvoir l'autodétermination
- Assurer un lien avec les proches selon la place que la personne souhaite leur accorder
- Contribuer à la mise en œuvre des nouvelles missions prévues par le cahier des charges : repérage des fragilités, lien social, prévention, aide aux aidants

* Modalités précisées dans le décret

FICHE DE POSTE INTERLOCUTEUR PRIVILÉGIÉ

Interlocuteur privilégié

<p>Exemples de compétences (liste non exhaustive)</p>	<p>Compétences techniques</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Connaissance approfondie des prestations délivrées par le SAD et de l'écosystème partenarial (infirmiers libéraux, HAD, accès à la téléconsultation, ...) ■ Aptitude à suivre des dossiers de bénéficiaires, notamment la mise en place des Plans d'Accompagnement Personnalisés (PAP) <p>Compétences relationnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Communication, capacité à établir une relation d'accompagnement ■ Empathie et sens de l'écoute pour comprendre les besoins spécifiques des bénéficiaires ■ Connaissance approfondie des principes d'autodétermination, favorisant l'autonomie et le choix des bénéficiaires <p>Compétences organisationnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Rigueur et sens de l'organisation ■ Capacité à s'adapter à des situations variées
<p>Profil</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Encadrant ■ Responsable de la coordination ■ Intervenant aide ou soin <p>* Le responsable de la coordination ou un intervenant placé sous sa responsabilité ou supervision exerce le rôle d'interlocuteur privilégié pour la personne accompagnée. (CDC SAD 4.3.1.3)</p>
<p>Liens hiérarchiques et fonctionnels</p>	<p>Liens hiérarchiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ A préciser selon l'organisation du service <p>Liens fonctionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Articulations à préciser avec le responsable de la coordination et les encadrants aide / soins
<p>Bonnes pratiques et enjeux</p>	<p>Bonnes pratiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Définir les modalités de réévaluation des besoins et de révision du PAP ■ Associer les bénéficiaires à la définition du rôle d'interlocuteur privilégié ■ S'appuyer sur l'interlocuteur privilégié pour déployer le questionnaire de satisfaction aux bénéficiaires et inscrire le point de vue des bénéficiaires dans un dispositif d'amélioration continu ■ Préciser le rôle de l'interlocuteur privilégié au sein du livret d'accueil <p>Enjeux identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Garantir la bonne identification par le bénéficiaire de son interlocuteur privilégié. ■ Assurer une continuité du rôle d'interlocuteur privilégié en cas d'absence prolongée de l'interlocuteur privilégié initialement identifié.

FICHE DE POSTE ENCADRANT AIDE

Ce que dit le décret :

L'«encadrant » désigne la personne physique qui évalue les besoins de la personne accompagnée en lien avec les interventions du service et assure le suivi et l'animation technique de l'aide voire du soin en vue d'apporter une réponse globale et individualisée au regard de ses attentes et de ses besoins. (CDC SAD Lexique)

Lorsqu'une personne s'adresse au service pour des prestations d'aide et d'accompagnement ou pour des prestations de soins, sa demande fait l'objet d'une évaluation à son domicile par l'encadrant, en présence des personnes de son choix. [...]

Sollicité uniquement pour des prestations d'aide et d'accompagnement, l'encadrant est attentif lors de l'évaluation à l'existence d'un besoin de soins.. [...]

L'encadrant procède également à l'évaluation de la sécurité de la personne et des intervenants lors des futures interventions. Il repère notamment les agencements incompatibles avec l'intervention des professionnels du service, et fait à la personne des propositions à même de les surmonter. (CDC SAD 3.3)

NB :

Les * sont associés à des dispositions prévues dans le cahier des charges. Les autres propositions sont issues des travaux réalisés par un groupe de travail de gestionnaires de services à domicile.

Encadrant aide

Missions auprès des bénéficiaires

- Lors de la 1ère demande, évaluer les besoins de la personne à son domicile, en tenant compte à la fois de l'aide et des soins nécessaires, tout en évaluant la sécurité de la personne et des intervenants en s'assurant de la présence du matériel approprié. (CDC SAD 3.3)
- Contribuer au plan d'accompagnement personnalisé (PAP).
- Planifier la prestation d'aide en lien ou non avec une prestation de soins
- Assurer le suivi et l'animation technique de l'aide voire du soin en vue d'apporter une réponse globale et individualisée au regard de ses attentes et de ses besoins
- Contribuer au suivi de la mise en œuvre et à la ré-évaluation du PAP
- S'assurer de la diffusion du PAP aux intervenants et de sa bonne compréhension par les équipes.

Missions auprès des équipes

- Contribuer à la mise en œuvre des nouvelles missions prévues par le cahier des charges
- Sensibiliser les intervenants aux actions de prévention de la maltraitance, de promotion de la bientraitance, de lien social et de besoin de soutien des aidants
- En lien avec le responsable du service, veiller à la mise en œuvre de temps collectifs et d'échanges professionnels tels que des analyses de pratiques ou des réflexions éthiques portant sur les missions du service, et des autres actions de promotion de la bientraitance prévues par le projet de service auprès des équipes d'aide
- Instaurer un cadre facilitant le travail entre les professionnels de l'équipe aide :
 - » Organisation et/ou animation de réunions d'équipe
 - » Organisation des plannings de l'équipe
 - » Suivi de la traçabilité des interventions dans le SI et entre les intervenants aide et soins
 - » Soutien aux équipes pour la gestion de situations complexes
- Veiller, avec l'encadrant soins, à la bonne articulation entre les intervenants de l'aide et du soin, dans le cadre des prises en charge partagées :
 - » Cohérence du planning entre les prestations d'aide et de soins
 - » Traçabilité des interventions
 - » Répartition des tâches entre les professionnels
- Identifier les besoins en formation des intervenants, en lien avec les compétences nécessaires à la réalisation des missions
- Identifier les potentielles évolutions vers de nouvelles fonctions pour les intervenants, notamment vers le rôle d'interlocuteur privilégié ou dans le cadre de passerelles professionnelles au sein du service
- Contribuer à la mise en œuvre du processus de recrutement de l'équipe aide
 - » Identifier les besoins en recrutement (profils, compétences)
 - » Participation possible au recrutement des intervenants aide
 - » Implication dans l'intégration et la montée en compétence des nouveaux arrivants (tutorat, formation interne, AFEST...)

Exemples de
compétences
(liste non
exhaustive)

* Modalités précisées dans le décret

FICHE DE POSTE ENCADRANT AIDE

Encadrant aide

<p>Exemples de compétences (liste non exhaustive)</p>	<p>Compétences techniques</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Connaissance approfondie de l'écosystème partenarial ■ Aptitude à planifier, organiser et coordonner les interventions <p>Compétences relationnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Communication, capacité à établir une relation d'accompagnement ■ Capacité à guider et soutenir les équipes ■ Empathie et sens de l'écoute ■ Adaptabilité <p>Compétences organisationnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Rigueur et sens de l'organisation ■ Capacité à s'adapter à des situations variées
<p>Profil</p>	<p>« Les encadrants du volet aide et accompagnement des services devront désormais justifier d'une qualification minimale de niveau 5 au lieu du niveau 4 prévu par le cahier des charges des SAAD. » (Notice explicative 3-6-1.)</p>
<p>Liens hiérarchiques et fonctionnels</p>	<p>Liens hiérarchiques :</p> <p>N+1 : Responsable du service</p> <p>N-1 : Intervenants aide</p> <p>Liens fonctionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Articulation à préciser avec l'interlocuteur privilégié et le responsable de la coordination, notamment autour de l'évaluation des besoins, de l'élaboration du PAP, de sa réévaluation ➤ Articulation avec l'encadrant soins
<p>Bonnes pratiques et enjeux</p>	<p>Bonnes pratiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Réévaluer les besoins des personnes en fonction des modalités définies par l'interlocuteur privilégié ■ S'assurer de la qualité des prestations et de la conformité aux dispositions prévues par le référentiel HAS ■ S'assurer de la présence du matériel adapté, en appui sur une procédure facilitant son acceptation ■ Mettre en place un travail de collaboration avec les différents intervenants : collaborer avec les équipes de soins, structurer une concertation institutionnelle des intervenants <p>Enjeux identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Orienter les aidants et bénéficiaires vers des ressources extérieures ■ S'appuyer sur une organisation intégrée

FICHE DE POSTE ENCADRANT SOINS

Ce que dit le décret :

L'«encadrant » désigne la personne physique qui évalue les besoins de la personne accompagnée en lien avec les interventions du service et assure le suivi et l'animation technique de l'aide voire du soin en vue d'apporter une réponse globale et individualisée au regard de ses attentes et de ses besoins.

(CDC SAD Lexique)

Le gestionnaire met en place une organisation permettant de répondre aux besoins de soins infirmiers de la personne accompagnée, sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels. Ces soins sont coordonnés par l'encadrant infirmier coordonnateur, salarié du service. (CDC SAD 4.2.3.1)

Lorsqu'une personne s'adresse au service pour des prestations d'aide et d'accompagnement ou pour des prestations de soins, sa demande fait l'objet d'une évaluation à son domicile par l'encadrant, en présence des personnes de son choix. [...]

Sollicité uniquement pour des prestations d'aide et d'accompagnement, l'encadrant est attentif lors de l'évaluation à l'existence d'un besoin de soins [...]

L'encadrant procède également à l'évaluation de la sécurité de la personne et des intervenants lors des futures interventions. Il repère notamment les agencements incompatibles avec l'intervention des professionnels du service, et fait à la personne des propositions à même de les surmonter. (CDC SAD 3.3)

NB :

Les * sont associés à des dispositions prévues dans le cahier des charges. Les autres propositions sont issues des travaux réalisés par un groupe de travail de gestionnaires de services à domicile.

Encadrant soins

Missions auprès des bénéficiaires

- * Lors de la 1ère demande, évaluer les besoins de la personne à son domicile, en tenant compte à la fois de l'aide et des soins nécessaires, tout en évaluant la sécurité de la personne et des intervenants en s'assurant de la présence du matériel approprié. (CDC SAD 3.3)
- Contribuer au plan d'accompagnement personnalisé (PAP).
- Planifier la prestation de soins techniques ou de soins de bases dispensés par le service, en lien, ou non, avec une prestation d'aide.
- Assurer le suivi et l'animation technique du soin, voire de l'aide, en vue d'apporter une réponse globale et individualisée au regard de ses attentes et de ses besoins
- Contribuer au suivi de la mise en œuvre et à la ré-évaluation du PAP
- S'assurer de la diffusion du PAP aux intervenants et de sa bonne compréhension par les équipes

Missions auprès des équipes

- Contribuer à la mise en œuvre des nouvelles missions prévues par le cahier des charges
- Sensibiliser les intervenants aux actions de prévention de la maltraitance, de promotion de la bientraitance, de lien social et de besoin de soutien des aidants
- En lien avec le responsable du service, veiller à la mise en œuvre de temps collectifs et d'échanges professionnels tels que des analyses de pratiques ou des réflexions éthiques portant sur les missions du service, et des autres actions de promotion de la bientraitance prévues par le projet de service auprès des équipes d'aide
- Instaurer un cadre facilitant le travail entre les professionnels de l'équipe de soin :
 - » Organisation et/ou animation de réunions d'équipe
 - » Organisation des plannings de l'équipe
 - » Suivi de la traçabilité des interventions dans le SI et entre les intervenants aide et soins
 - » Veiller à la bonne articulation avec les intervenants libéraux
 - » Soutien aux équipes pour la gestion de situations complexes
- Veiller, avec l'encadrant aide, à la bonne articulation entre les intervenants de l'aide et du soin, dans le cadre des prises en charge partagées :
 - » Cohérence du planning entre les prestations d'aide et de soins
 - » Traçabilité des interventions
 - » Répartition des tâches entre les professionnels
- Identifier les besoins en formation des intervenants en lien avec les compétences nécessaires à la réalisation des missions
- Identifier les potentielles évolutions vers de nouvelles fonctions pour les intervenants, notamment vers le rôle d'interlocuteur privilégié ou dans le cadre de passerelles professionnelles au sein du service
- Contribuer à la mise en œuvre du processus de recrutement de l'équipe soin
 - » Identifier les besoins en recrutement (profils, compétences)
 - » Participation possible au recrutement des intervenants soins
 - » Implication dans l'intégration et la montée en compétence des nouveaux arrivants (tutorat, formation interne, AFEST...)

* Modalités précisées dans le décret

Missions

FICHE DE POSTE ENCADRANT SOINS

Encadrant soins

<p>Exemples de compétences (liste non exhaustive)</p>	<p>Compétences techniques</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Connaissance approfondie de l'écosystème partenarial ■ Aptitude à planifier, organiser et coordonner les interventions <p>Compétences relationnelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Communication, capacité à établir une relation d'accompagnement ■ Capacité à guider et soutenir les équipes ■ Empathie et sens de l'écoute ■ Adaptabilité <p>Compétences organisationnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Rigueur et sens de l'organisation ■ Capacité à s'adapter à des situations variées
<p>Profil</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Infirmier coordonnateur, salarié du service
<p>Liens hiérarchiques et fonctionnels</p>	<p>Liens hiérarchiques :</p> <p>N+1 : Responsable du service</p> <p>N-1 : Intervenants soins</p> <p>Liens fonctionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Articulation à préciser avec l'interlocuteur privilégié et le responsable de la coordination, notamment autour de l'évaluation des besoins, de l'élaboration du PAP, de sa réévaluation ➤ Articulation avec l'encadrant aide
<p>Bonnes pratiques et enjeux</p>	<p>Bonnes pratiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Réévaluer les besoins en fonction des modalités définies par l'interlocuteur privilégié ■ S'assurer de la qualité des prestations et de la conformité aux dispositions prévues par le référentiel HAS ■ S'assurer de la présence du matériel adapté, en appui sur une procédure facilitant son acceptation ■ Mettre en place un travail de collaboration avec les différents intervenants : collaborer avec les équipes d'aide, structurer une concertation institutionnelle des intervenants <p>Enjeux identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Orienter les aidants et bénéficiaires vers des ressources extérieures ■ S'appuyer sur une organisation intégrée

IMPACTS SUR LES MISSIONS DES ÉQUIPES D'AIDE ET DE SOINS

Ce que dit le décret :

EQUIPE SOINS

Le gestionnaire met en place une organisation permettant de répondre aux besoins de soins infirmiers de la personne accompagnée, sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels.

Ces soins sont coordonnés par l'encadrant infirmier coordonnateur, salarié du service.

Les soins sont réalisés au domicile de la personne accompagnée par les professionnels suivants :

- des infirmiers qui exercent les actes relevant de leur compétence, organisent le travail des aides-soignants et des accompagnants éducatifs et sociaux, et assurent, le cas échéant, la liaison avec les autres auxiliaires médicaux. Ils sont, dans la mesure du possible, salariés par le gestionnaire ;
- des aides-soignants et des accompagnants éducatifs et sociaux, qui réalisent, sous la responsabilité des infirmiers, les soins de base et relationnels et concourent à l'accomplissement des actes essentiels de la vie correspondant à leur qualification.

(CDC SAD 4.2.3.1)

EQUIPE AIDE

Le gestionnaire met en place une organisation permettant la délivrance des prestations mentionnées à l'article D. 312-2 du CASF, qui concourent à la réalisation des actes de la vie quotidienne courante de la personne accompagnée.

Ces prestations d'aide et d'accompagnement sont réalisées au domicile de la personne accompagnée ou lors de ses déplacements depuis son domicile par des intervenants :

- soit titulaires du diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social
- soit titulaires d'une certification (diplôme ou titre), au minimum de niveau 3, ou d'un certificat de qualification professionnelle inscrit au répertoire national des certifications professionnelles attestant de compétences dans les secteurs sanitaire, médico-social ou social
- soit disposant d'une expérience professionnelle de trois ans dans le domaine sanitaire, médico-social ou social au contact des personnes accompagnées
- soit bénéficiant d'une formation certifiante ou au minimum d'une formation d'adaptation à l'emploi dans les six mois suivant l'embauche
- soit bénéficiant d'une formation en alternance, ou attestant du suivi d'une formation qualifiante dans les secteurs sanitaire, médico-social ou social.

(CDC SAD 4.2.2)

IMPACTS SUR LES MISSIONS DES ÉQUIPES D'AIDE ET DE SOINS

Impacts sur les missions des équipes d'aide et de soin

Missions

- Contribuer à la mise en œuvre du PAP dans le cadre des interventions
 - » Connaître le PAP des bénéficiaires pour contribuer à sa mise en œuvre
 - » Réaliser les actions prévues par le PAP
 - » Repérer les signes de vulnérabilité, d'évolution des besoins, et les rapporter le cas échéant à l'encadrant ou à l'interlocuteur privilégié
- Contribuer à la mise en œuvre des nouvelles missions :
 - » Prévention de la maltraitance
 - » Promotion de la bientraitance
 - » Repérage des besoins d'accompagnement en matière de lien social
 - » Repérage des besoins de soutien des aidants
- Utiliser les outils de traçabilité des interventions facilitant la coordination interprofessionnelle
- Collaborer avec les différents intervenants : notamment, travailler en binôme entre équipes aide/soin

Bonnes pratiques et enjeux

Bonnes pratiques :

- S'appuyer sur un outil facilitant l'accès à l'information sur le PAP, en lien avec l'interlocuteur privilégié
- S'appuyer sur un dispositif d'intégration : livret d'accueil des nouveaux professionnels
- Intervenir en équipe mixte aide-soin dans les situations complexes pour bien comprendre le rôle et les contraintes de chaque intervenant
- Exercer la double fonction aide et soin pour des intervenants qui le souhaitent
- Prendre connaissance de l'organisation du service, des évolutions possibles (nouvelles fonctions, responsabilités, passerelles professionnelles lorsqu'elles existent)
- Mettre en place des ateliers éthiques et partage de pratiques sur l'accompagnement, encourageant le maintien de l'autonomie et les droits fondamentaux des personnes
- Proposer des outils aux intervenants pour faciliter la mise en œuvre des nouvelles missions : grilles d'évaluation des fragilités ou des situations de maltraitance, ateliers QVT

Enjeux identifiés :

- Outiller les soignants - notamment pour leur donner une visibilité complète du PAP et des enjeux d'un accompagnement global
- Accroître l'attrait du métier, favoriser la fidélisation et apporter du sens
- Améliorer la vigilance globale des intervenants face à l'évolution de la dépendance, aux fragilités des proches aidants et à la prévention de la maltraitance