

2011



Es
Eneis Conseil

Formules innovantes de répit et de soutien des
aidants :

**Guide pratique à destination des porteurs de
projets**

Septembre 2011
Version définitive

Introduction

L'un des axes forts du plan Alzheimer 2008-2012 est d'apporter un soutien accru aux aidants familiaux. Dans cette perspective, la mesure n° 1 du Plan a pour objectif d'offrir « sur chaque territoire une palette diversifiée de dispositifs de répit correspondant aux besoins des malades et aux attentes des aidants, en garantissant l'accessibilité à ces structures ».

Des plateformes de répit et d'accompagnement des aidants ont été expérimentées pour diversifier, combiner et favoriser l'accès des aidants à une large palette d'actions de soutien et de répit. Leur étude a permis de repérer et d'identifier des formules de répit innovantes particulièrement difficiles à mettre en œuvre ou peu développées. La Direction Générale de la Cohésion sociale et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie ont souhaité engager une démarche de « modélisation » de quelques une de ces formules de répit et de soutien :

- **Le répit à domicile** (inspiré du « baluchon » québécois et belge)
- **La garde itinérante de nuit**
- **Les séjours de vacances pour le couple aidant-aidé**
- **Les activités sociales, culturelles et de loisirs pour le couple aidant-aidé**
- **L'accueil de nuit**
- **L'accueil familial temporaire**

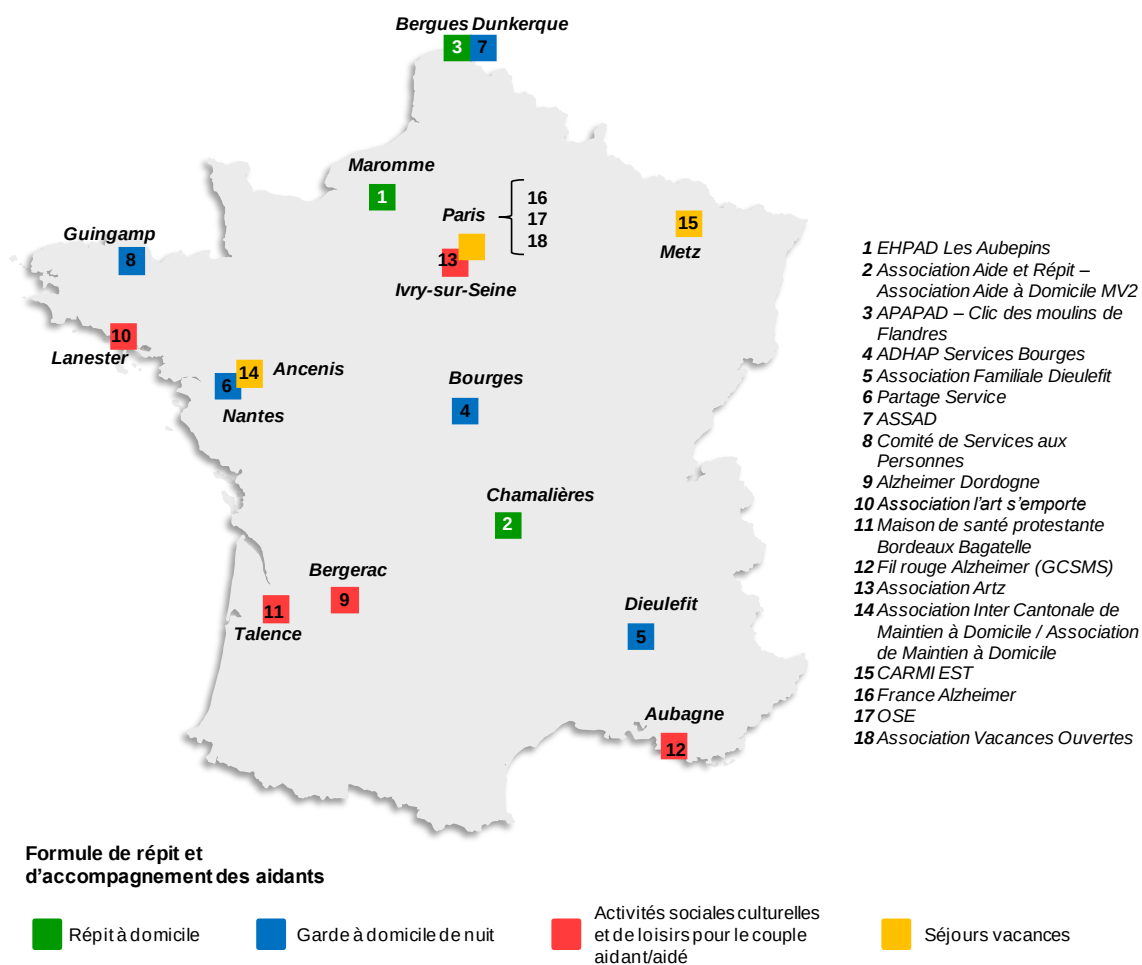
Ces formules particulières d'accompagnement et de répit ont fait l'objet d'un appel à candidatures en février 2010 visant à sélectionner des opérateurs expérimentés : dix-huit porteurs de projets concernant les 4 premières formules ont été retenus (voir carte ci-dessous).

Ce guide pratique est issu d'une démarche de modélisation : l'étude de l'existant (à travers en particulier les dix-huit projets sélectionnés) et la réflexion menée avec les 18 porteurs ont permis d'identifier les modalités de mise en place, d'organisation et de fonctionnement de ces quatre formules, leurs points communs et leurs spécificités, les conseils que les opérateurs souhaitaient partager avec de futurs porteurs de projets.

Ainsi, **chacune des quatre formules fait l'objet d'un chapitre de ce guide pratique.** Il soulève les différentes questions à se poser, du montage de projet à la facturation à l'utilisateur, en passant par les caractéristiques de la structure porteuse nécessaires ou utiles à la mise en place du projet, le profil des professionnels à recruter, etc. Il ne s'agit de fixer des normes, et des alternatives sont souvent proposées pour éclairer les choix du porteur de projet. Des **conditions de réussite** et des **risques à éviter** sont mis en exergue dans des encadrés. Des fiches techniques transversales sont jointes aux conseils relatifs aux quatre formules de répit et proposent un focus sur des aspects méthodologiques ou juridiques particuliers.

Ce guide pratique s'adresse à tout porteur de projet qui souhaite mettre en œuvre l'une de ces quatre formules de répit ou de soutien. Sans prétendre à l'exhaustivité ni vouloir figer les dispositifs, il s'attache à apporter des réponses méthodologiques et à aiguiller les opérateurs dans leurs démarches, à l'aune des expériences déjà menées. Il a vocation à faciliter le développement de ces formules particulières de répit.

Carte des porteurs de projet ayant contribué à la modélisation des formules de répit



Mode d'emploi du guide pratique

Ce guide pratique comporte 5 chapitres :

- un chapitre pour chaque formule de répit ayant fait l'objet de l'étude de modélisation
- un cinquième chapitre comportant des fiches techniques, transversales aux différentes formules de répit.

Pour chaque formule de répit, le chapitre est conçu autour des questions que se pose un porteur de projet :

- Avant de commencer : quelle est cette prestation, à qui s'adresse-t-elle et dans quel objectif ? Ma structure présente-t-elle les caractéristiques recommandées pour monter un tel projet ?
- Lorsque la décision est prise de mettre en place cette formule de répit : comment s'y prendre, par où commencer, et qui associer à cette mise en place ?
- Pour faire fonctionner cette formule de répit, quels choix s'ouvrent à moi en termes de « format » de la prestation (durée, contenu...) ? De quels moyens humains et matériels ai-je besoin ? A quel coût¹ la prestation peut-être mise en œuvre ?
- Quelles modalités de contractualisation mettre en place avec les usagers/bénéficiaires/clients ? Qu'en est-il de la facturation ?

Le guide pratique apporte des réponses à ces questions, qui sont parfois proches voire identiques pour plusieurs formules de répit.

¹ Les éléments relatifs au coût de revient de la prestation sont fournis à titre indicatif. Le nombre de projets retenus dans le cadre de cette étude ne permet pas d'assurer la représentativité des constats, et l'hétérogénéité des dispositifs ne permet pas de définir un « coût de revient type ».

Tout au long du guide, des encadrés mettent en évidence :

- Les bonnes pratiques, les facteurs de réussite: identifiés avec le signe 
- Les risques à éviter, les points de vigilance : identifiés avec le signe 

A ce stade deux principales limites doivent être soulignées.

D'une part, ce guide pratique vise à donner des pistes de travail, à « aiguiller » les porteurs de projets dans leur démarche, mais ne doit pas être perçu comme une norme intangible présentant la seule façon de procéder. L'histoire et le projet de la structure, les besoins identifiés sur le territoire et l'offre déjà existante, les contraintes et opportunités spécifiques au contexte local dans lequel elle s'inscrit, sont autant de variables qui contribuent aussi à façonner un projet et à définir ses modalités de mise en œuvre. La vocation de ce guide est bien de constituer un appui, un « pense-bête » et une aide à la décision.

D'autre part, la démarche de modélisation s'inscrivant dans un contexte de réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie, il est important de préciser que certains éléments du cadre juridique et financier dans lequel s'inscrivent les formules de répit sont susceptibles d'évoluer.

NB : Dans le cadre de ce Guide pratique, la terminologie du « répit » est adoptée par commodité, car elle est la plus communément utilisée. Mais il est utile de faire référence aux discussions qu'elle suscite. L'ANESM, dans une étude synthétisant notamment les travaux et réflexions sur le sujet, a ainsi mis en évidence la connotation négative des mots « répit » et « fardeau » pour la personne malade, et suggéré l'utilisation de termes comme « soutien », ou encore « relais »².

² ANESM, « L'accompagnement pluridisciplinaire au bénéfice de l'aide, de l'aidant, et du lien aidant-aidé, dans les structures de répit et d'accompagnement », Cadre théorique et pratiques professionnelles constatées, Mars 2011.

Il est également utile de préciser que les formules de répit contribue au répit de l'aidant *mais aussi de la personne malade*, en la soulageant d'une situation qui s'apparente parfois à une surprotection par l'aidant, un confinement à son domicile et un manque de vie sociale propre de la personne malade.

Sommaire

Introduction	3
Mode d'emploi du guide pratique	6
Sommaire.....	9
Le répit à domicile.....	11
AVANT DE SE LANCER : LES QUESTIONS À SE POSER	12
SE LANCER : ÉTAPES À SUIVRE ET APPUIS NÉCESSAIRES	17
DÉFINIR SA PRESTATION ET SE DOTER DES MOYENS NÉCESSAIRES	21
MODALITÉS DE FACTURATION ET DE CONTRACTUALISATION AVEC L'USAGER.....	39
La garde itinérante de nuit	42
AVANT DE SE LANCER : LES QUESTIONS À SE POSER	43
SE LANCER : ÉTAPES À SUIVRE ET APPUIS NÉCESSAIRES	46
DÉFINIR SA PRESTATION ET SE DOTER DES MOYENS NÉCESSAIRES	51
MODALITÉS DE FACTURATION ET DE CONTRACTUALISATION AVEC L'USAGER.....	63
Les séjours de vacances pour les personnes malades et les aidants.....	65
AVANT DE SE LANCER : LES QUESTIONS À SE POSER	66
SE LANCER : ÉTAPES À SUIVRE ET APPUIS NÉCESSAIRES	69
DÉFINIR SA PRESTATION ET SE DOTER DES MOYENS NÉCESSAIRES	75
MODALITÉS DE FACTURATION ET DE CONTRACTUALISATION AVEC L'USAGER.....	89
Les activités sociales, culturelles et de loisirs pour le couple aidant-aidé.....	91
AVANT DE SE LANCER : LES QUESTIONS À SE POSER	92
SE LANCER : ÉTAPES À SUIVRE ET APPUIS NÉCESSAIRES	95
DÉFINIR SA PRESTATION ET SE DOTER DES MOYENS NÉCESSAIRES	100
MODALITÉS DE FACTURATION ET DE CONTRACTUALISATION AVEC L'USAGER.....	111
Fiches techniques.....	113
RÉALISER UNE ÉTUDE DE BESOINS	114
ORGANISER LE TRAVAIL EN CONTINU	118
ORGANISER LE TRAVAIL DE NUIT	122
Remerciements	130

Le répit à domicile

AVANT DE SE LANCER : LES QUESTIONS À SE POSER	12
De quoi s'agit-il ?.....	12
Pour qui ?.....	12
Pour quoi ?.....	12
Qui ?	13
SE LANCER : ÉTAPES À SUIVRE ET APPUIS NÉCESSAIRES	17
Comment ?	17
Bien s'entourer dès le démarrage	18
Les partenaires opérationnels.....	18
Les partenaires financiers	19
Les partenaires institutionnels	19
DÉFINIR SA PRESTATION ET SE DOTER DES MOYENS NÉCESSAIRES	21
Quelle prestation ?.....	21
La nature des interventions	21
La durée des interventions.....	22
La procédure de mise en place de l'intervention	23
La définition du territoire d'intervention	25
Avec quels moyens humains ?	27
Le personnel d'intervention	27
L'organisation du travail.....	29
Le personnel d'encadrement	30
Avec quels moyens matériels et outils ?	34
Les outils de communication.....	34
Les outils de préparation et de restitution de la période de répit à domicile ...	34
Les « outils » ou activités participant de la prestation à domicile	36
Les véhicules de service	37
A quel coût ?	38
MODALITÉS DE FACTURATION ET DE CONTRACTUALISATION AVEC L'USAGER.....	39

AVANT DE SE LANCER : LES QUESTIONS À SE POSER

De quoi s'agit-il ?

Le répit à domicile consiste à remplacer à domicile, de façon continue et sur plusieurs jours, l'aidant « principal » qui partage en général le domicile de la personne malade, et plus rarement un aidant non cohabitant. L'aidant peut ainsi s'absenter pour prendre du répit ou s'acquitter d'obligations d'ordre personnel ou professionnel. L'intervenant professionnel va donc apporter à la personne malade une présence et une aide telle que celle assurée au quotidien par son aidant, tout en associant éventuellement d'autres modalités d'accompagnement (animation, activités de stimulation...).

Pour qui ?

Le répit à domicile s'adresse à des *couples ou dyades aidant-aidé*, dont l'un nécessite, pour rester à leur domicile commun, une présence et une aide permanentes.

Ce dispositif est particulièrement adapté au répit de l'aidant principal de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, mais aussi de celui de toute personne atteinte d'une maladie handicapante chronique avec une perte d'autonomie importante, sans considération de l'âge de survenue de la maladie.

Le dispositif s'adresse donc toujours à un couple ou à une dyade aidant-aidé et assure, d'une part la présence, l'aide et l'accompagnement continus à domicile du malade, d'autre part le répit et le soutien de l'aidant qui s'absente du domicile.

Pour quoi ?

Le répit à domicile présente l'avantage de maintenir la personne malade dans son environnement de vie avec l'assistance en continu d'un professionnel. Ainsi il ne se trouve pas désorienté, garde ses repères et son rythme de vie habituel.

La prestation permet à l'aidant de bénéficier d'une période de plusieurs jours de répit à l'extérieur du domicile, lui donnant l'occasion de se ressourcer, de prendre du recul sur la relation à son proche et de reprendre son accompagnement quotidien dans des conditions plus sereines. La perspective d'une période de répit régulière peut aider « à tenir la distance » entre deux périodes de répit.

L'échange entre les aidants et les professionnels à l'occasion de la préparation et de la restitution des périodes de répit constitue un enrichissement pour les uns comme pour les autres et l'occasion de transferts réciproques de savoir-faire. L'aidant familial se voit ainsi reconnu, non seulement dans ses difficultés quotidiennes, mais aussi dans l'importance de son rôle et de son aide, par un professionnel qui a comme lui « aidé 24h sur 24 » la personne malade à domicile, ce qui facilite les échanges et la confiance.

Qui ?

Au regard de ce que le montage du projet et la gestion du service impliquent, il est recommandé au porteur du projet de réunir certaines conditions :

1. **La structure doit bénéficier d'une crédibilité auprès des familles et d'une légitimité auprès des autres acteurs du secteur médico-social présents sur son territoire, compte tenu de l'importance de la confiance dans le recours au dispositif :**
 - Elles peuvent être liées au cœur du métier ou des actions de la structure : intervention auprès de personnes âgées dépendantes, connaissance de la maladie d'Alzheimer, approche de la problématique des aidants...
 - Elles peuvent être liées à l'inscription de la structure dans un réseau de partenaires, à des actions menées sur le territoire contribuant à la faire connaître...
2. **La structure doit être en mesure de proposer (soit elle-même, soit via son inscription dans un réseau de partenaires) une palette d'offre de répit et de services diversifiée (accueil de jour, groupes de parole, activités sociales, temps de formation...).** Cette offre doit constituer un moyen de faire

cheminer les aidants vers l'acceptation d'une aide, de leur laisser le temps de la réflexion, de les orienter vers d'autres services et de proposer une prise en charge globale.

3. **La structure doit avoir des compétences de gestionnaire et d'employeur, ou les acquérir dans le cadre d'un partenariat et de l'adossement à une autre structure sociale ou médico-sociale** : une capacité à gérer du personnel (sur le volet administratif et organisationnel), à élaborer un budget, à sécuriser les conditions juridiques d'exercice de la prestation, etc.



Lorsque la structure porteuse dispose d'une autre activité ayant atteint un « rythme de routine » (en tant qu'établissement d'hébergement par exemple), elle peut mutualiser le personnel entre cette activité et le répit à domicile, et ainsi assurer aux salariés un revenu stable, tout en bénéficiant d'une certaine souplesse. Les périodes de faible activité sur le répit à domicile mettent moins le service en difficulté que si le personnel y était exclusivement affecté.

Attention, cependant, à ne pas faire de cet adossement à une structure existante un facteur freinant le développement de la prestation ou la maintenant dans une certaine marginalité.



En cas de mutualisation de personnel avec une autre activité ou une autre structure, il faut cependant **veiller à la particularité de l'intervention du répit à domicile qui nécessite des compétences spécifiques**. Le personnel du répit à domicile peut intervenir sur une autre activité de la structure, mais tout salarié de la structure ne peut pas intervenir sur le répit à domicile (soit une sorte de « fongibilité asymétrique » des effectifs entre les activités).



Si la structure porteuse relève du secteur de l'aide à domicile, plusieurs modes d'intervention existent : le mode prestataire, où la structure porteuse est l'employeur, et le mode mandataire, où elle assure l'intermédiaire et la gestion administrative de la prestation, mais où la personne aidée est elle-même l'employeur.

L'intervention de professionnels selon le mode mandataire présente des coûts moins élevés pour les familles, et pourrait donc être une solution envisagée. Les exigences de qualité et de pertinence de la prestation identifiées dans le présent chapitre semblent néanmoins peu compatibles avec les limites que présente le mode mandataire en termes de possibilité d'action du gestionnaire sur le contenu des interventions réalisées par les professionnels.

Quelle que soit la nature de la structure porteuse (service d'aide à domicile, établissement ou service médico-social, association de familles...), **il est conseillé qu'elle s'inscrive dans des coopérations formalisées avec d'autres structures du secteur.**

- Certaines formes de co-portage du service de répit à domicile ou de mutualisation de personnels ou de moyens (portage par deux ou plusieurs structures liées par convention, groupement d'employeurs, groupement de coopération sociale et médico-sociale) peuvent être envisagées.
- L'inscription de la prestation au sein d'une plateforme de répit proposant des prestations diversifiées permettrait également de proposer une palette de dispositifs aux usagers. La coopération de gestionnaires d'établissements et de professionnels du domicile autour d'un service de répit à domicile présenterait l'avantage de contribuer au décloisonnement entre les différents types d'accompagnement et d'ouvrir la prestation à un public plus large, favorisant ainsi le développement et la pérennité du service.



Il est souhaitable que les aidants et les familles, représentés par des associations, s'engagent dans l'initiation de projets de répit à domicile et favorisent par leurs initiatives la naissance de tels services. Une piste pertinente : des **structures porteuses laissant une large place aux représentants des aidants au sein de leurs instances de gouvernance, mais s'appuyant, pour le montage du projet puis le fonctionnement concret du dispositif, sur une équipe de professionnels** de la gestion de structures médico-sociales.

SE LANÇER : ÉTAPES À SUIVRE ET APPUIS NÉCESSAIRES

Comment ?

Le montage de projet répond à quelques étapes proposées ci-dessous. Ce déroulé n'est pas nécessairement chronologique, différentes étapes peuvent être menées simultanément.

- **Etude de besoins** : il est recommandé de la réaliser avant les étapes suivantes (→ Voir *Fiche Technique Etude de Besoins*, p.114).
- **Recensement des bons interlocuteurs** susceptibles de constituer des partenaires opérationnels, financiers, ou des soutiens « symboliques ». Ces partenaires peuvent être associés au projet dès son démarrage, dans l'étude des besoins, la campagne de communication, etc. (→ Voir « *Bien s'entourer* » p.18).
- **Définition des bases organisationnelles et opérationnelles du projet** : définition et formalisation des **objectifs** du service de répit à domicile (éventuellement avec les partenaires), du **format** du projet (territoire d'intervention, organisation du travail, public cible...).
- Présentation et **validation du projet** et de ses implications (articulation avec le projet de la structure, investissements financiers nécessaires, risques encourus, organisation du travail...) aux instances de gouvernance de la structure porteuse (conseil d'administration...).
- **Demande de reconnaissance officielle** du projet (soumission d'un dossier d'autorisation ou d'agrément, élaboration d'une réponse à appel à projets...)
- **Communication sur le projet** et diffusion de supports par le biais des partenaires opérationnels identifiés, des réseaux de professionnels prescripteurs, des services intervenant au domicile, des financeurs, des canaux traditionnels (presse locale, affiches, plaquettes...) (-> Voir « *Avec quels moyens matériels et outils ?* » p.34).
- **Recrutement de personnel** en adéquation avec l'activité prévisionnelle et en restant prudent sur les effectifs au regard du rythme lent de montée en charge de la prestation (→ Voir « *Avec quels moyens humains ?* » p.27).

- **Formalisation de l'organisation du travail** (organisation des relais, des temps de déplacement, des temps de repos, du travail de nuit...), en particulier lorsque le temps de travail nécessite une dérogation à la réglementation du temps de travail (-> Voir les fiches techniques sur le travail de nuit et sur le travail en continu, p. *Erreur ! Signet non défini.*118).
- **Mise en place du projet** et ajustement si besoin *au fil de l'eau* de l'organisation, de la dimension de l'équipe, du nombre d'équipes à mettre en relais, du contenu de la prestation lors de la montée en charge.
- **Evaluation régulière de la satisfaction des usagers** : envoi d'un questionnaire au domicile, recueil de l'appréciation par téléphone ou lors d'une visite à domicile quelques jours après la prestation. Une analyse des résultats et leur formalisation est nécessaire pour identifier des points d'amélioration et confronter ces résultats à ceux de l'enquête suivante.

Bien s'entourer dès le démarrage

Les partenaires opérationnels

Les partenaires opérationnels qui contribueront au fonctionnement quotidien du service ou à le faire connaître (services d'aide à domicile voisins, services de soins infirmiers à domicile, équipes médico-sociales du Conseil général éventuellement présentes sur les territoires infra-départementaux, professionnels de santé libéraux et hospitaliers, réseaux de santé gériatriques et réseaux de soins plus généralement, organismes médico-sociaux du territoire, CLIC, structures de coordination gériatrique, MAIA, médecins traitants, plateformes de répit, associations de personnes âgées/malades et de leurs familles...) doivent être **recensés, consultés, voire impliqués** dans l'élaboration du projet dès la phase d'étude des besoins afin d'inscrire le service dans un réseau. Cela permettra :

- **De détecter des aidants** en situation difficile au domicile (service d'accompagnement et d'aide à domicile, service de soins infirmiers à domicile, médecins de ville)
- **D'orienter les bénéficiaires**, tous les partenaires sont autant de canaux de « prescription » ou d'orientation vers un service de répit à domicile

- **D'articuler les différentes offres** entre elles, et notamment de faciliter la coordination entre professionnels autour de situations individuelles complexes afin de proposer un accompagnement global et cohérent
- **De mutualiser** éventuellement des moyens matériels ou humains entre plusieurs structures
- **De communiquer** sur le projet

En outre, rencontrer les potentiels partenaires opérationnels en amont de la mise en œuvre de la prestation permet d'envisager des modalités de complémentarité entre leur offre de service (notamment à domicile) et le projet de répit à domicile. **Cette attention permettra d'éviter de proposer une offre concurrente ou redondante sur un territoire...et d'éviter qu'elle soit perçue comme telle.**

Les partenaires financiers

Les modalités de financement des services de répit à domicile sont très hétérogènes à ce jour. Le coût pour l'utilisateur n'est pas systématiquement pris en charge dans le cadre des plans d'aide APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) par les Conseils généraux, parfois en raison de l'atteinte des plafonds d'aide. **Le service s'appuiera donc utilement sur des partenaires financiers pour des aides au démarrage** ou pour des **appuis ponctuels** dans le cadre d'appels à projets par exemple.

- Exemples de financeurs à solliciter : Conseils généraux, Conseils régionaux, Agences régionales de santé, Fondations, clubs de services (ex : Lions Club, Rotary International...), mécènes, caisses de retraite de base et complémentaire (Réunica, Prémalliance, Humanis)...
- Exemples de charges qui peuvent être couvertes par des financements ponctuels : un **poste d'ingénierie** pour le lancement du projet et les **investissements de départ** comme les achats des véhicules, la prise en charge de l'évaluation, les postes informatiques, les formations spécifiques...

Les partenaires institutionnels

Les partenaires institutionnels peuvent apporter des soutiens plus « symboliques » contribuant à la légitimité du service. Ils peuvent être des acteurs politiques locaux,

des grandes associations d'usagers ou des têtes de réseaux locaux. Il est important de leur présenter le projet et d'**obtenir leur approbation, leur reconnaissance, et d'être à l'écoute de leurs suggestions** : le projet bénéficiera plus facilement d'une crédibilité et d'une visibilité s'ils le soutiennent et s'en font les relais en termes de communication.

Par exemple, l'appui de personnalités locales peut favoriser la publication d'un article dans la presse locale, l'accès à des espaces de communications réservés ou encore, leur présence lors de l'inauguration du service ou autre événement que la structure organise peut permettre d'attirer les médias et de relayer l'information de manière plus efficace.



Le Conseil Général est un partenaire essentiel pour les services de répit à domicile en ce qu'il est à la fois :

- **Un partenaire opérationnel en tant que canal de « prescription » ou d'orientation des bénéficiaires vers le service** : les équipes médico-sociales peuvent parler du service de répit à domicile aux bénéficiaires de l'APA et à leurs aidants, et dans certains Départements inscrire les prestations de répit à domicile dans les plans d'aide APA.
- **Un partenaire financier** : certains Conseils généraux participent à la prise en charge financière de la prestation en atténuant le reste à charge de l'usager (dans le cadre de l'APA ou par des aides extra-légales) ou en versant des aides à l'investissement ou au fonctionnement.
- **Un partenaire institutionnel en tant que promoteur du service** : le soutien du Conseil Général est facilitant pour un service de répit à domicile puisqu'il crédibilise le service aux yeux d'autres financeurs potentiels, des professionnels locaux et des usagers.

DÉFINIR SA PRESTATION ET SE Doter DES MOYENS NÉCESSAIRES

Quelle prestation ?

Le contenu de la prestation de répit à domicile dépend en partie des objectifs que se fixe la structure. Dans la mesure où le professionnel doit remplacer l'aidant dans l'accompagnement quotidien de la personne malade, **il existe un socle commun d'activités réalisées au cours de la période de répit à domicile**. Il convient par ailleurs de préciser que les professionnels intervenant habituellement à domicile (aide à domicile, SSIAD, kinésithérapeute, etc.) continuent d'intervenir pendant la période de répit.

La nature exacte de la prestation peut varier selon le service, mais les éléments à définir en amont sont les suivants.

La nature des interventions

Le répit à domicile recouvre avant tout une simple présence disponible et attentive, et ce que l'on peut appeler les "soins relationnels", c'est à dire l'écoute, l'observation, les échanges verbaux et non verbaux.

Durant la période de répit à domicile, le professionnel accompagne également la personne dans tous **les actes de la vie quotidienne** pour lesquels une aide humaine est nécessaire et qui sont habituellement réalisés par l'aidant familial. L'objectif commun aux services de répit consiste à **remplacer l'aidant en réalisant *a minima* le même accompagnement** afin de limiter les perturbations en évitant les changements de lieu et de rythme. Concrètement, il peut s'agir principalement des activités suivantes :

- Transferts
- Aide à la toilette et à l'habillement
- Aide à l'élimination
- Préparation et aide à la prise des repas
- Aide à la prise de médicaments,

- Accompagnement dans les activités sociales et de loisirs (ex : promenade, jeux de société, lecture du journal, etc.)
- Entretien quotidien du logement (vaisselle, entretien de la propreté des pièces à vivre, mais pas de tâches de ménage très conséquentes)

Certains aidants fournissent une aide très extensive, et leur remplacement nécessitera de la part des professionnels des compétences spécifiques.

Des activités de détente, de bien-être, et visant à encourager l'autonomie de la personne peuvent également y être proposées. Celles-ci ne doivent jamais aller dans le sens d'une sur-stimulation et veiller à éviter toute mise en échec de la personne, et doivent être réalisées dans le respect de son rythme. L'introduction ou non de telles activités pendant la période de répit dépend généralement des objectifs que se donne le service et du profil de ses professionnels (→ Voir « Avec quels moyens matériels et quels outils » p.34)

La durée des interventions

Au regard des expériences de répit à domicile menées en France, **la durée moyenne des demandes de répit s'établit autour de 3 à 4 jours.**

Il est conseillé à la structure porteuse de :

- **Mettre en place une durée minimale d'intervention** : le temps de préparation nécessaire à l'intervention (tout au moins à la 1ère intervention si celle-ci est renouvelée ou devient régulière) étant relativement important, il est recommandé de proposer un répit à domicile pour 24 heures d'intervention minimum³, temps qui peut être plus court lorsque les interventions sont régulières et si tel est le souhait ou le besoin de l'aidant (par exemple pour s'absenter pendant toute une journée). Il s'agit également d'atteindre l'objectif de répit de l'aidant et de se distinguer de l'intervention plus classique d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile.
- **Mettre en place une durée maximale d'intervention** : en fonction de la taille de l'équipe et de l'organisation du travail adoptée (cf. p. 29), le porteur peut

³ Ce temps désigne le temps où l'aidant est absent, et exclut donc les éventuels « doublons » organisés entre l'aidant et le professionnel pour préparer la transition.

choisir une durée maximale par période de répit dans le but de respecter les périodes de repos des salariés, et d'accroître l'accessibilité du service à un grand nombre de familles.



Dans la mesure où l'on observe que les aidants sollicitent régulièrement le service de répit à domicile (parfois de manière mensuelle), il peut être pertinent, après la phase de montée en charge de la prestation, de **prévoir un « droit de tirage » d'un certain nombre de jours par an** permettant de plafonner le nombre de jours de répit par an auquel l'aidant peut prétendre, et ainsi rendre le service accessible à un maximum de familles. Ce droit de tirage devra en tout état de cause être suffisant pour répondre à des demandes récurrentes de quelques jours de répit : limiter de façon trop drastique le nombre de jours par an et par aidant risque d'entraîner le départ de certains bénéficiaires. **Un droit de tirage situé entre 25 et 30 jours semble approprié.**

A noter : Lorsque l'aidant est un enfant de la personne malade, la durée moyenne des périodes de répit sollicitées est plus longue et les demandes plus ponctuelles, car souvent calquées sur les périodes de vacances scolaires ou les congés d'été.

La procédure de mise en place de l'intervention

L'évaluation des besoins et la préparation de la prise de relais par les professionnels est une étape décisive pour le bon déroulement de l'intervention. Le service peut proposer d'organiser **une journée de transition, en « doublon »** entre le professionnel et l'aidant familial avant le départ de ce dernier. En tout état de cause, une **visite à domicile** est indispensable avant la 1^{ère} intervention pour :

- **Rencontrer l'aidant** pour recueillir ses attentes et ses consignes en termes d'accompagnement
- **Evaluer les besoins** de la personne malade (modalités d'accompagnement, type d'aide à fournir, mise en place d'une communication non verbale, appréhension des difficultés de motricité...)

- **Prendre en compte ses habitudes de vie** (heure du levée et du coucher, loisirs, goûts alimentaires, heure de passage des intervenants extérieurs...)
- **Prendre en compte l'environnement domestique** de l'intervention et s'approprier les lieux (repérer où se trouvent les objets du quotidien, prendre en compte les escaliers, le jardin, les portes d'entrée...)
- **Recueillir des informations** sur la procédure à appliquer en cas d'urgence (personnes référentes à appeler, liste des numéros de téléphone, coordonnées du médecin traitant...)



Il est nécessaire de définir des **critères d'inclusion et d'exclusion en fonction de l'offre de service**, avant de commencer les évaluations des besoins. Les critères d'exclusion représentent la limite au-delà de laquelle la prise en charge par le service de répit à domicile met la personne en danger ou présente un risque pour le professionnel. Exemple de critère d'exclusion : le fait qu'une personne malade présente une pathologie nécessitant la réalisation quotidienne d'actes de soins, que l'aidant effectue habituellement de façon informelle mais qu'un personnel non titulaire du diplôme d'aide-soignant, d'aide médico-psychologique ou d'infirmier ne peut effectuer.

Les critères d'inclusion pour la prestation de répit à domicile sont généralement les suivants :

- L'état de la personne nécessite une aide ou une présence constante ou quasi constante
- La personne accepte l'intervention du professionnel (la volonté de l'aidant étant une condition nécessaire mais non suffisante)
- Les conditions minimales d'accueil du professionnel sont réunies (conditions d'hygiène du logement satisfaisantes, existence d'un couchage dans une pièce séparée – et à défaut sur un lit séparé⁴)

⁴ Faire de l'existence d'une chambre séparée une condition *sine qua non* d'inclusion dans la prestation peut en exclure *de facto* certaines familles dont les logements ne sont pas suffisamment grands. Ce sera à chaque service de définir les critères d'inclusion qu'il jugera pertinent, mais l'existence d'un lit séparé est un minimum.

D'autres critères peuvent être définis en fonction des objectifs du service et du profil des professionnels, constituant de fait des **critères d'exclusion**. En voici des exemples :

- Si la personne présente une pathologie ou un handicap que les professionnels ne sont pas en capacité de prendre en charge (notamment au niveau des actes de soin ou de la gestion de troubles du comportement)
- Si la personne malade n'est pas la seule personne nécessitant une aide au domicile (enfant en situation de handicap, autre personne âgée...)
- Etc.

La définition du territoire d'intervention

La structure portant le projet de répit à domicile doit définir un territoire d'intervention. Il peut être plus ou moins étendu (d'une commune à un département). Toutefois, **un certain nombre de précautions doivent être prises car la définition du territoire d'intervention implique des temps de trajet et des frais de déplacement potentiellement importants :**

- Dans la phase de montée en charge, le service peut être amené à intervenir sur un territoire assez large. En effet, une faible proportion de familles exprime une demande dans un premier temps, mais le besoin de répit, quand il s'exprime, appelle une réponse, et peu de structures proposent aujourd'hui du répit à domicile. Cela incite les porteurs de projet à étendre leur territoire d'intervention pour répondre à cette demande qui est en quelque sorte « diluée » (ce constat est particulièrement vrai en milieu rural).
- L'organisation du travail influe fortement sur les temps et les coûts de déplacement : pour les services intervenant en 3x8 heures pour une journée de 24 heures à domicile, les trajets entre le service et le domicile sont multipliés par 3 (chaque professionnel effectue le trajet aller-retour une fois par 24 heures). Quand un seul professionnel se déplace une seule fois pour une période de 3 jours, il peut se permettre d'effectuer un trajet plus long que si trois professionnels font l'aller-retour sur 24 heures.

Le territoire d'intervention pertinent dépend donc des caractéristiques du territoire (densité de population), du mode d'organisation du travail, et des

financeurs institutionnels éventuels, qui peuvent avoir des exigences en termes de territoire couvert.



A noter : Dans la mesure où les demandes de répit sont souvent récurrentes (après une première prestation, les bénéficiaires sollicitent régulièrement le service de répit à domicile), un territoire d’intervention large au démarrage est a priori difficile à réduire dans un deuxième temps, sauf à interrompre la prestation auprès de bénéficiaires éloignés une fois que la demande a augmenté sur un périmètre plus proche.

Avec quels moyens humains ?

Le personnel d'intervention

Les interventions de répit à domicile se caractérisent par un certain isolement du professionnel. Celui-ci doit à la fois fournir un accompagnement de qualité à la personne malade (ne reposant pas uniquement sur des « actes » mais sur une présence disponible et bienveillante à ses côtés), connaître les spécificités d'une relation aidant-aidé et savoir y trouver un positionnement adéquat. Enfin, les professionnels sont exposés à la gestion de situations difficiles, de crise, dans lesquelles ils doivent savoir réagir sans affolement.

C'est pourquoi il est conseillé de :

- Privilégier un personnel **autonome et doté d'une capacité d'initiative**, si possible **expérimenté dans l'aide aux personnes malades d'Alzheimer** et en tout état de cause doté des qualités requises pour accompagner une personne malade et à autonomie réduite⁵
- Veiller à ce que les personnes aient toutes les **qualités attendues pour une intervention de répit à domicile** :
 - Une grande motivation et un goût particulier pour le travail auprès de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives
 - La connaissance de la maladie et de ses manifestations
 - Une fibre relationnelle et humaine particulière
 - Une capacité à communiquer avec ces personnes, y compris de façon non-verbale
 - Des qualités d'écoute, de patience, de tolérance
 - Une grande capacité d'adaptation et de remise en question
 - La capacité à prendre du recul sur sa pratique
- Proposer **une formation solide à l'embauche** (une semaine ou 10 jours par exemple), préparant le professionnel **aux spécificités du répit à domicile**, et des **formations continues régulières**, en veillant à l'aspect pratique et concret de celles-ci.
- S'assurer, lors de l'entretien de recrutement (qu'il soit réalisé en interne ou en externe à la structure) que le candidat **a intégré les contraintes et**

⁵ Une formation aux gestes de premier secours par exemple est nécessaire. A défaut de formation initiale, il s'agit d'un point à prévoir en formation continue.

exigences du travail la nuit ou en continu (pendant 3 jours de suite par exemple). Les interventions prolongées nécessitent de l’organisation, de la flexibilité et de la disponibilité de la part des professionnels (notamment au regard de la contrainte que peut représenter ce métier pour leur vie personnelle). Ceux-ci doivent avoir anticipé ce point et y avoir trouvé des solutions les satisfaisant.

- **Un diplôme des métiers du soin ne constitue pas une garantie suffisante. S’assurer que les futurs intervenants disposent des qualités requises décrites ci-dessus est essentiel.** Au regard de la nature de la prestation, l’intervention de personnels soignants (aides-soignants, aides médico-psychologiques) n’est pas systématiquement indispensable. Le rôle du professionnel se situe davantage dans l’aide et le prendre soin que dans le soin entendu au sens strict. **Un personnel détenteur d’un diplôme du secteur** (diplôme d’aide-soignant, diplôme d’état d’auxiliaire de vie sociale, par exemple) **pourra constituer un élément sécurisant pour les aidants**, et présenter des compétences utiles à la prestation. Mais le **diplôme ne doit en aucun cas être une condition unique lors du recrutement.**

Le dimensionnement de l’équipe d’intervention est une question délicate. La prudence dicterait **un recrutement plutôt *a minima* dans un premier temps** au regard de la lente montée en charge de la prestation. Mais pour répondre de façon réactive aux demandes lorsqu’elles émergent, il est souhaitable de pouvoir faire intervenir rapidement des professionnels. Face à cette contrainte, **la mutualisation de personnel entre le service de répit à domicile et d’autres activités de la structure porteuse** s’avère une solution pertinente. Attention, cependant, de veiller au respect des périodes de repos imposées par la législation et nécessaires pour prévenir l’épuisement des professionnels.

Si l’organisation repose sur un roulement de professionnels à domicile, il est vivement conseillé de faire intervenir *une seule et même équipe de professionnels* (binôme ou trinôme se relayant sur 24 heures) chez un même bénéficiaire pendant la période de répit.

L'organisation du travail

L'organisation du travail est encadrée par des considérations pratiques (quotité de temps de temps de travail des salariés, horaires des interventions, adaptation aux rythmes de vie des personnes) et par le cadre juridique du droit du travail.

Plusieurs organisations de travail ont été développées :

- **Une intervention** d'un même professionnel **24h/24** durant plusieurs jours, ce qui correspond au modèle initial de Baluchon Alzheimer. Elle est aujourd'hui mise en œuvre de façon exceptionnelle dans un établissement de la Fonction Publique Hospitalière ayant conclu un accord local⁶, faute de base juridique solide pour cette organisation du travail. Elle nécessiterait, pour être appliquée plus largement, de pouvoir s'appuyer sur un cadre législatif assoupli.
- **Une intervention de 3 professionnels en roulement en 3x8 heures.** Les 8 heures de travail représentant 8 heures de présence auprès de la personne, il faut veiller à comptabiliser dans le temps de travail les temps de relais des professionnels (chevauchement de leurs temps de travail) et les temps de transport entre le siège du service et le domicile du bénéficiaire.
- **Une intervention en 2x12 heures** peut également être rendue possible sous certaines conditions.

Au regard des expériences de terrain, l'organisation du travail et l'intervention de plusieurs professionnels auprès d'une même personne ne semble pas perturber l'aidant et le malade. En ce qui concerne les intervenants, **l'important est qu'ils apprennent à gérer leur énergie au cours de la période de répit** (qu'ils interviennent par tranche de 8 heures ou 3 jours d'affilée en sachant se ménager des moments de repos ou de veille calés sur les rythmes de vie de la personne aidée), afin d'éviter d'être épuisés dès le début de la période.

De manière générale, il est conseillé de :

- **Faire travailler les intervenants en équipe** (binômes ou trinômes), avec la possibilité qu'une équipe prenne le relais d'une autre en cas de période de

⁶ Application de l'art. 19 du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002

répit supérieure à 5 jours, pour les services disposant de moyens humains suffisants.

- **Prévoir une sécurisation des professionnels**, notamment via la mise en place d'une astreinte technique en capacité de les aider dans les situations difficiles, et via la préparation d'une liste de numéros de téléphone des professionnels connaissant la personne (ex : médecin traitant).
- **Veiller à compter les temps de relais entre intervenants** dans le temps de travail.

Le management quotidien doit veiller au **respect des règles de professionnalisme et être vigilant face au risque de surinvestissement des professionnels**, au regard de la proximité accrue entre professionnels et bénéficiaires qui caractérise les interventions de répit à domicile.

Le personnel d'encadrement



Au regard des spécificités de l'intervention du répit à domicile (durée et lieu de l'intervention, isolement du domicile...), **la qualité de l'encadrement de proximité constitue un facteur de succès du dispositif**. Les structures doivent donc être particulièrement vigilantes lors du recrutement des professionnels d'encadrement.

Le contenu de la fonction d'encadrement de proximité

La fonction d'encadrement de proximité du service de répit à domicile est particulièrement exigeante, d'autant plus lorsque la prestation fait intervenir des professionnels sans expérience approfondie dans les métiers de l'aide et du soin. Les fonctions suivantes doivent être assurées par l'encadrement du service de répit:

- **Accueil et écoute des familles exprimant un besoin de répit** : analyse de la situation, écoute, soutien, éventuellement réorientation des bénéficiaires
- **Préparation des interventions** : rencontre avec la famille, visite à domicile, choix de l'intervenant ou de l'équipe, planification des prestations,

élaboration des plannings, renseignement des documents de liaison avec la famille...

- **Animation, management des équipes** : le coordonnateur⁷ doit être en capacité :
 - A un niveau individuel : de fournir une écoute à chaque professionnel, de lui permettre de verbaliser les émotions, interrogations, difficultés éventuelles liées à l'intervention, d'identifier les besoins en formation spécifiques au salarié, de s'assurer que le rythme de travail est bien supporté par l'intervenant, de l'aider le cas échéant à prendre de la distance, voire à fixer des limites par rapport à des situations caractérisées par une proximité importante avec les personnes aidées et pouvant générer une identification à l'aidant.
 - A un niveau collectif : de créer un climat de solidarité au sein de l'équipe et de permettre un dialogue fluide entre l'équipe et l'encadrement, de proposer une analyse des pratiques régulière et éventuellement un soutien psychologique.
- **Suivi des interventions** : une astreinte doit être assurée pendant les interventions de façon à pouvoir conseiller et soutenir les professionnels en cas de besoin, notamment pour résoudre les situations d'urgence (crise, chute...). Le cadre⁸ peut aussi prendre l'initiative de contacter le professionnel au domicile pour prendre des nouvelles pendant la période de répit, à condition que cette prise de contact soit vécue comme un soutien et non comme un contrôle.
- **Analyser et « accompagner » ou « prendre soin » de la relation du couple aidant-aidé** : le cadre de proximité se place en référent de la famille et peut être source de conseil et d'orientation pour celle-ci. Il est particulièrement à l'écoute des difficultés relationnelles et de la souffrance que les aidants ou les personnes malades peuvent ressentir et exprimer (ou non). L'encadrement peut également favoriser une sorte « d'échange de savoir-faire » réciproque entre les professionnels et les aidants.

⁷ Coordonnateur : Exemple de dénomination possible pour le poste de cadre de proximité.

⁸ Ce terme n'est pas employé en référence au statut de cadre, mais en référence à la fonction assurée, l'encadrement de proximité.

- **Promouvoir le dispositif de répit** : la communication autour du projet implique de rencontrer les partenaires locaux, de réaliser des supports d'information et de les diffuser, d'organiser des rencontres régulières avec les partenaires et de leur donner des informations en retour quand ils orientent des bénéficiaires vers le service, de contribuer à la médiatisation du service.

Les qualités requises

L'encadrement de proximité devra détenir **des compétences de management et d'organisation, et faire preuve de rigueur. Il devra aussi faire preuve de finesse, de diplomatie, d'empathie et être à l'écoute des familles et des professionnels.** Une capacité à apporter **un soutien technique et une aide à la décision au cours des interventions** en cas de besoin contribuera à la légitimité du cadre aux yeux de l'équipe. Le fait que le cadre ait lui-même réalisé des prestations de répit à domicile peut être un « plus ».

Le cadre de proximité devra nécessairement être lui-même **appuyé et accompagné par sa hiérarchie** dans l'exercice de sa fonction.

Au regard de la complexité de la fonction d'encadrement dans un service de répit à domicile (faisant intervenir des compétences techniques sur l'accompagnement, des compétences managériales, et des compétences de gestion et de planification), **l'encadrement du dispositif peut être confié à plusieurs professionnels, en veillant à délimiter clairement le rôle de chacun** (à titre d'exemple uniquement : un psychologue pour la supervision, une assistante sociale pour l'accueil des familles et la gestion du dispositif et un infirmier ou un aide-soignant pour l'encadrement technique).



Il faut noter que **le style managérial** s'appliquant au répit à domicile comporte lui aussi une spécificité : l'expérience montre qu'un mode de management classique (uniquement fondé sur le rapport hiérarchique par exemple) risque de ne pas apporter l'écoute et la liberté de parole que requiert la prestation de répit à domicile. Un management certes hiérarchique, mais bienveillant et participatif semble davantage susceptible de créer les conditions de bon fonctionnement du dispositif, sans que cela n'implique d'abandonner toute vigilance sur le professionnalisme et la qualité des interventions.

Les modalités d'encadrement

Il est nécessaire de **prévoir des réunions d'équipe, au moins mensuelles**. Elles doivent permettre de partager les expériences, de faire remonter des difficultés ou dysfonctionnements, et de favoriser la continuité et le suivi de la prise en charge. La participation à ces réunions est intégrée au temps de travail et donc impacte le coût du dispositif. Elle est cependant indispensable à la qualité de la prestation.

Des réunions d'analyse des pratiques en présence d'un psychologue extérieur au service sont également nécessaires pour accompagner et soutenir les professionnels.

La mise en place d'une **astreinte opérationnelle**, rémunérée, en capacité de répondre aux questions des professionnels à tout moment, est sécurisante pour les salariés en plus de contribuer à la qualité et à la continuité du service. L'interlocuteur doit être en capacité de **conseiller, rassurer, voire soutenir concrètement les professionnels de terrain en cas de besoin, de jour comme de nuit**. Ainsi, une relation de confiance réciproque doit exister entre les professionnels et le cadre afin que les premiers sollicitent le second sans hésitation en cas de doute ou de difficulté. Le coût de l'astreinte doit être pris en compte.

Avec quels moyens matériels et outils ?

Les outils de communication

Au démarrage du projet, il faut **prévoir du temps et des moyens financiers** pour communiquer sur la prestation, et ainsi faire émerger la demande.

- Le **travail avec le réseau de partenaires locaux** est décisif pour faire connaître la prestation de répit à domicile au public qu'elle cible, et favoriser l'orientation des bénéficiaires vers le service.
- Cela passe par le fait de rendre le service visible par **des documents de présentation** divers (des affiches, des plaquettes, une page Internet), des articles dans la presse locale, ou encore des logos sur les véhicules.
- Le « bouche à oreille » par le biais des bénéficiaires du service est aussi un canal potentiellement efficace.

Les outils de préparation et de restitution de la période de répit à domicile

Des outils formalisés sont indispensables, tant dans la phase de préparation que dans la phase de restitution à l'aidant de la période de répit. Ils permettent à la fois aux professionnels de détenir toutes les informations nécessaires au bon déroulement de la prestation, et à l'aidant d'être partie prenante et de conserver son rôle auprès de la personne malade.

On peut distinguer :

- **Des outils de préparation de l'intervention qui sont surtout des outils de collecte de données.** Ils doivent recenser des informations sur :
 - Les habitudes de vie, le déroulement d'une journée-type, les goûts de la personne
 - Le transfert des savoirs et savoir-faire de l'aidant au professionnel (par exemple : la liste des situations difficiles et la façon dont il les gère ; ce qui apaise la personne, ce qui au contraire suscite chez elle de l'énervement ; des éléments de son histoire de vie que l'aidant veut porter à la connaissance de l'équipe, etc.)

- Les personnes à contacter en cas d'urgence : numéros de téléphone des proches, personnes à prévenir, coordonnées du médecin traitant
- **Des outils de contractualisation avec la famille afin de préciser les engagements réciproques du service et de la famille** (contrat de prestation, règlement intérieur)
- **Des outils de communication et de traçabilité pendant la période de répit** : il peut s'agir d'un cahier de liaison permettant aux professionnels, s'ils se relaient au domicile, de se transmettre des informations (sur le déroulement de la journée, l'état du malade, les problèmes rencontrés...) afin d'assurer une continuité dans la prise en charge. Ce cahier peut également être partagé avec les intervenants extérieurs le cas échéant.
- **Des outils de restitution de la période de répit à l'aidant** : il est important de pouvoir restituer à l'aidant ce qui s'est passé en son absence, particulièrement lors du premier recours au répit à domicile. Il est fortement conseillé d'organiser à la fois un retour écrit et un retour oral :
 - **Le retour écrit** consiste en un « journal d'accompagnement » ou « carnet de bord » (ou toute autre appellation) où le professionnel relate le déroulement de la période de répit, en s'attachant à ne pas seulement y consigner les horaires de repas ou les détails liés à l'hygiène, mais aussi les activités et éventuelles sorties réalisées, les réactions et comportements de la personne aidée, et son propre ressenti de professionnel.



Cet outil de restitution contribue à rassurer l'aidant et à encourager sa confiance dans le service. Il doit permettre à l'aidant de vérifier que l'accompagnement a été de qualité et conforme à ses attentes mais également de valoriser à ses yeux – par l'intermédiaire du regard d'un tiers – les capacités et les qualités de la personne malade. L'aspect écrit de l'outil est important car il permet à l'aidant de le consulter quand il le souhaite et de le relire.

- **Le retour oral**, plus informel, permet de recueillir le degré de satisfaction de l'aidant. Il peut être effectué au moment du retour

de l'aidant s'il souhaite avoir des informations immédiatement ou plus tard (par une visite à domicile, par téléphone, voire par mail).



La restitution écrite de la période de répit, bien qu'elle doive atteindre le degré de précision souhaité par l'aidant, peut ne pas retranscrire l'intégralité des échanges ou des activités avec le malade. Afin de préserver une relation de confiance entre le professionnel et la personne malade, **le professionnel doit (en étant accompagné en cela par l'encadrement de proximité) trouver un juste équilibre** entre ce qu'il est utile à l'aidant de savoir et ce qui relève de la vie privée de l'aidé et n'a pas besoin d'être su de l'aidant.

Les « outils » ou activités participant de la prestation à domicile

Suivant les objectifs que se donne le service, **des activités de bien-être, de détente et d'accompagnement peuvent être proposées** dans le cadre de la prestation de répit (par exemple : une sortie, l'utilisation de balles sensorielles, d'instruments de musique, la présence d'un animal de compagnie...).

Les supports utilisés pour communiquer avec la personne malade ou lui proposer des activités peuvent être apportés de l'extérieur par le professionnel mais également provenir du domicile de la personne (album photo, revue...).

Le choix des activités se fait en premier lieu en fonction des besoins et des souhaits de la personne, mais peut aussi être guidé par les appétences de l'intervenant.



Plusieurs points de vigilance doivent cependant être soulignés :

- Il est indispensable de veiller au respect du rythme de la personne et de ne pas lui imposer d'activités qui la mettent en échec.
- En aucun cas les activités proposées ne doivent s'imposer de façon identique et automatique d'une personne à l'autre.
- Les activités proposées au malade restent des *médiateurs* et des supports pour la communication avec la personne et son bien-être. Elles ne sont pas une fin en soi.

Les véhicules de service

Il apparaît préférable que les professionnels disposent d'un véhicule et du permis de conduire, de façon à pouvoir se rendre sans difficulté chez les bénéficiaires dont le domicile n'est pas desservi par les transports en commun.

Pour les déplacements, deux solutions s'offrent à la structure porteuse du projet :

- **L'utilisation par les professionnels de leur véhicule personnel** induisant un remboursement des frais aux salariés sous forme d'indemnités kilométriques.
 - Cette solution peut être préférable si les distances parcourues sont courtes (pour les interventions en zone urbaine le plus souvent). Elle nécessite de vérifier que les salariés sont convenablement assurés (notamment si des déplacements en voiture avec le bénéficiaire sont envisagés).
 - Cette solution peut présenter des lourdeurs en termes de gestion administrative si les salariés sont nombreux et n'est pas rentable si les zones à couvrir sont étendues.
- **Des véhicules de service peuvent être utilisés par la structure** pour le service de répit à domicile, ou mutualisés avec une autre activité de la structure. Les véhicules peuvent être achetés ou loués : le choix devra répondre à une étude de coûts précise.

A quel coût ?

A titre indicatif, et au regard des expériences étudiées dans le cadre de la démarche de modélisation, le coût de revient d’une journée de répit à domicile se situe **entre 27 et 37 € par heure, soit 650€ et 890€ par 24 heures** selon l’organisation retenue. Ce coût reflète le taux d’encadrement de « 1 pour 1 » : il est constitué à plus de 80% de charges de personnel. Il varie en fonction de l’activité dans la mesure où une activité importante permet de répartir l’impact des charges de structure sur le coût de revient horaire.

MODALITÉS DE FACTURATION ET DE CONTRACTUALISATION AVEC L'USAGER

La structure peut opter entre plusieurs options :

- Une facturation à la journée : paiement d'un forfait sur la base d'une intervention de 24 heures au domicile, toute tranche de 24 heures commencée étant facturée.
- Une facturation à l'heure : paiement sur la base d'un tarif horaire, en fonction du nombre exact d'heures effectuées au domicile.

La facturation peut distinguer les interventions en semaine et les interventions le week-end, permettant ainsi à la structure de répercuter les charges liées au travail le week-end.



Bien que la facturation à l'heure soit plus juste pour l'utilisateur, dans la phase de montée en charge, la facturation au forfait apparaît plus simple en termes de gestion pour la structure.

En ce qui concerne le coût pour les usagers :

- **Un reste à charge est jugé acceptable par les familles**, eu égard au caractère essentiel de la prestation et à sa forte valeur ajoutée.
- **Le reste à charge ne doit toutefois pas être trop élevé** car peuvent s'y ajouter les frais de séjour de l'aidant (frais de transport, et frais d'hébergement s'il n'est pas hébergé par sa famille).
- **Il est important que ce reste à charge soit proportionnel aux capacités contributives des familles.** Soit les aides à la solvabilisation prennent en compte les ressources des familles, soit la structure met en place une tarification spécifique en fonction d'un barème de ressources (prix proportionnel aux revenus évalués par tranches), ou encore une caisse de solidarité alimentée par divers financeurs (qui permet de réduire le prix payé par certaines familles aux revenus modestes).

- **Le reste à charge peut parfois être pris en charge, totalement ou partiellement, dans le cadre des plans d’aide APA** (Allocation Personnalisée d’Autonomie), ou par des aides extra-légales des départements, communes....

La garde itinérante de nuit

AVANT DE SE LANCER : LES QUESTIONS À SE POSER	43
De quoi s'agit-il ?.....	43
Pour qui ?.....	43
Pour quoi ?.....	44
Qui ?	44
SE LANCER : ÉTAPES À SUIVRE ET APPUIS NÉCESSAIRES	46
Comment ?	46
Bien s'entourer dès le démarrage	47
Les partenaires opérationnels.....	47
Les partenaires financiers	48
Les partenaires institutionnels	49
DÉFINIR SA PRESTATION ET SE Doter DES MOYENS NÉCESSAIRES	51
Quelle prestation ?.....	51
La nature des interventions	51
La durée des interventions.....	52
L'amplitude horaire.....	52
La procédure de mise en place de l'intervention	53
La définition du territoire d'intervention	53
Avec quels moyens humains ?	54
Le personnel d'intervention	54
L'organisation du travail.....	55
Le personnel d'encadrement	57
Avec quels moyens matériels et outils ?	59
Des outils de communication.....	59
Les véhicules de service	59
Les téléphones portables de service	60
La gestion des clés des bénéficiaires	60
Les outils de traçabilité	61
A quel coût ?	62
MODALITÉS DE FACTURATION ET DE CONTRACTUALISATION AVEC L'USAGER	63

AVANT DE SE LANCER : LES QUESTIONS À SE POSER

De quoi s'agit-il ?

La garde itinérante de nuit consiste en des passages de courte durée (généralement entre 15 et 30 minutes) à domicile pour assurer une aide, un soin ou une présence sécurisante auprès d'une personne nécessitant, pour rester à son domicile, la réalisation de ces prestations en dehors des horaires d'interventions des services de jour.

Les interventions peuvent être soit programmées (suivant un planning récurrent sur une durée déterminée ou indéterminée), soit non-programmées, dans le cadre d'un abonnement, sur demande en cas d'urgence notamment, qui sont organisés soit par un appel direct sur un téléphone d'astreinte, soit par le biais d'un système de téléassistance. Dans ce 2^{ème} cas, le service de Garde itinérante est alors le « référent » de la personne pour le prestataire de téléassistance, et ce de façon permanente ou temporaire, et 24 heures sur 24 ou uniquement la nuit.

Pour qui ?

La garde itinérante de nuit s'adresse à toute personne nécessitant un ou des passage(s) la nuit pour une sécurisation et/ou la réalisation d'actes d'aide à la vie quotidienne⁹.

Ce dispositif semble particulièrement adapté à la prise en charge de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés mais s'adresse plus globalement à toute personne atteinte d'une maladie handicapante chronique, sans considération d'âge.

⁹ La question des interventions de nuit se pose aussi pour les actes de soins : ces actes relèvent alors de Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou d'infirmiers libéraux. Les recommandations contenues dans le présent chapitre peuvent être utiles à ces services. Cette question rejoint par ailleurs les réflexions en cours relatives à la couverture effective des besoins de soins à domicile.

Pour quoi ?

La garde itinérante de nuit est un outil du maintien à domicile et de répit des aidants dans la mesure où elle permet :

- De compléter l'intervention des services à domicile de jour et ainsi de mieux respecter les rythmes de vie des personnes et leur participation à une vie sociale normale (couchers tardifs notamment)
- D'apporter une sécurité par des passages nocturnes qui rassurent à la fois la personne aidée et ses proches
- De soulager les aidants, en les relayant sur une partie de l'aide à la personne, et en jouant le rôle de référent pour la téléassistance (quand les aidants sont éloignés, ou quand ils s'absentent temporairement, mais aussi quand ils sont proches – voire cohabitant – et veulent éviter d'être réveillés la nuit)

Ce dispositif présente l'intérêt de soulager et soutenir les aidants, de retarder voire d'éviter l'entrée en établissement, les hospitalisations, et de faciliter les retours à domicile.

Qui ?

Au regard de ce que le montage du projet et la gestion du service impliquent, **il est recommandé que la structure porteuse présente les caractéristiques suivantes :**

Porter plusieurs types de services :

- Pour pouvoir **mutualiser ou redéployer le personnel** avec d'autres services au regard de la variabilité de l'activité et de la montée en charge lente de la garde itinérante.
- Pour **orienter les bénéficiaires** des autres services vers la garde itinérante au profit d'une **prise en charge globale** : vers un accompagnement coordonné autour de la personne et une réponse à la perte d'autonomie par une palette de services.
- Pour **mutualiser les charges** : les charges locatives, le personnel des fonctions support (comptabilité, secrétariat, accueil...), les divers matériels, les cadres de direction...



Il n'est pas recommandé pour une structure « jeune » de créer une garde itinérante : la confiance des différents types de partenaires et des bénéficiaires ne sera que plus assurée si la structure a prouvé sa capacité à prendre en charge les publics cibles.

Etre implantée sur son territoire :

- Pour être **légitime** aux yeux des financeurs
- Pour avoir un **réseau en soutien** de son projet

Réunir une équipe expérimentée :

- Pour avoir une **capacité gestionnaire** dans le montage du projet et sa mise en place.



Une montée en charge lente

La période de montée en charge de la garde itinérante nécessite que la structure porteuse soit suffisamment solide pour assumer les charges que représente la mise en place du service, sans engranger les recettes liées à l'activité. En effet, la période de montée en charge implique des **plannings peu remplis**, des **temps de déplacement élevés**, des **investissements importants** en temps (pour le développement du service, la communication, la mise en place des outils) et en matériels (véhicules, signalétique).

Ce n'est qu'après avoir atteint un volume d'activité suffisant que la structure pourra rationaliser et sectoriser les interventions.

- ⇒ La structure devra s'assurer d'**être en capacité d'assumer cette montée en charge**.
- ⇒ Pour autant, l'essentiel est l'adéquation entre l'activité et les moyens déployés. Un service comptabilisant une dizaine de bénéficiaires en file active et organisant une tournée par soir peut tout à fait être à l'équilibre.

SE LANCER : ÉTAPES À SUIVRE ET APPUIS NÉCESSAIRES

Comment ?

Le montage de projet répond à quelques étapes proposées ci-dessous. Ce déroulé n'est pas nécessairement chronologique, différentes étapes peuvent être menées simultanément.

- **Etude de besoins** : il est recommandé de la réaliser avant les étapes suivantes (→ Voir Fiche Technique Etude de Besoins, p. 114)
- **Recensement, sur le territoire, des bons interlocuteurs** susceptibles de constituer des partenaires opérationnels, financiers, ou des soutiens « symboliques ». Ces partenaires peuvent être associés au projet dès son démarrage : dans la réalisation de l'étude des besoins, pour la campagne de communication, etc. (→ Voir « Bien s'entourer » p. 47)
- **Définition des bases organisationnelles et opérationnelles du projet** : définition et formalisation des **objectifs** du service de garde itinérante de nuit (éventuellement avec les partenaires), du territoire d'intervention, du public cible, les modes d'intervention, et de financement ...
- **Présentation et validation du projet** et de ses implications (articulation avec le projet de service ou projet associatif, investissements financiers nécessaires, risques encourus...) aux membres des instances de gouvernance de la structure porteuse (conseil d'administration...)



L'implication des administrateurs est un élément facilitant : leur consultation dès l'élaboration du projet de garde itinérante permet de s'assurer de leur soutien.

- **Demande de reconnaissance officielle** du projet (soumission d'un dossier d'autorisation ou d'agrément, élaboration d'une réponse à appel à projets...)
- **Communication** sur le projet et diffusion de supports par le biais des partenaires opérationnels identifiés, des financeurs, des canaux traditionnels (presse locale, affiches, plaquettes...) (-> Voir « Avec quels moyens matériels et outils ? » p. 59)

- **Recrutement** de personnel en adéquation avec l'activité prévisionnelle et en restant prudent sur les effectifs au regard du rythme lent de montée en charge de la prestation (→ Voir « Avec quels moyens humains ? » p. 54)
- Formalisation de l'**organisation du travail** et négociation des contreparties liées au travail de nuit avec les salariés ou leurs représentants quand ils existent ; et anticipation des éléments relatifs à la sécurisation des salariés (→ Voir la fiche technique sur le Travail de nuit p.**Erreur ! Signet non défini.**122 et « Avec quels moyens humains ? » p.54)
- **Mise en place** du projet et **ajustement** si besoin *au fil de l'eau* de l'organisation, de la dimension de l'équipe, du contenu de la prestation lors de la montée en charge
- **Evaluation de la satisfaction** des usagers par une enquête qui peut être envoyée par courrier sous forme de questionnaire (avec la facture par exemple) ou réalisée par téléphone. Une analyse des résultats et leur formalisation est nécessaire pour identifier des points d'amélioration et confronter ces résultats à ceux de l'enquête suivante.

Bien s'entourer dès le démarrage

Les partenaires opérationnels

Les partenaires opérationnels qui contribueront au fonctionnement quotidien du service ou à le faire connaître (services d'aide à domicile voisins, services de soins infirmiers à domicile, équipes médico-sociales du Conseil général éventuellement présentes sur les territoires infra-départementaux, professionnels de santé libéraux et hospitaliers, réseaux de santé gériatriques et réseaux de soins plus généralement, organismes médico-sociaux du territoire, CLIC, structures de coordination gériatrique, MAIA, médecins traitants, plateformes de répit, associations de personnes âgées/malades et de leurs familles...) doivent être **recensés, consultés, voire impliqués** dans l'élaboration du projet dès la phase d'étude des besoins afin d'inscrire le service dans un réseau. Cela permettra :

- **D'orienter les bénéficiaires** : les partenaires locaux sont autant de canaux de prescription ou d'orientation vers le service de garde itinérante,

- **D'articuler les différentes offres** entre elles, et notamment de faciliter la coordination entre professionnels autour de situations individuelles faisant intervenir plusieurs services,
- **De mutualiser** éventuellement des moyens matériels ou humains entre plusieurs structures,
- **De communiquer** sur le projet.

Il est conseillé de :

- Définir en amont avec les professionnels du réseau intervenant auprès d'un public similaire une **procédure de coordination** autour de « cas complexes ». Si ce n'est pas déjà le cas, les modalités d'interpellation du collectif de professionnels, ou encore la forme donnée à cette coordination (réunions de synthèse mensuelles, points téléphoniques, échanges de fiches navettes...) peuvent faire l'objet d'une formalisation. L'inscription du service dans un **réseau pluridisciplinaire** permet le cas échéant d'apporter une définition conjointe des limites du maintien à domicile (collectivement la réponse peut être apportée quand chacun individuellement ne « suffit plus »).
- Se faire **référencer par les acteurs de l'urgence** (pompiers, SMUR, services sociaux des hôpitaux) **et les services chargés de la régulation des appels** via les dispositifs de téléassistance, si le service de garde itinérante de nuit propose des passages non-programmés. Cela permettra une orientation des personnes vers le service de garde itinérante de nuit lorsque le besoin d'intervention ne relève pas des pompiers ou d'un service de soins d'urgence, et que les bénéficiaires sont connus du service. (-> Voir « Quelle prestation ? » p.51)

Les partenaires financiers

La garde itinérante n'est pas systématiquement tarifée ni prise en charge dans le cadre des plans d'aide APA par les Conseils généraux, dont les pratiques en la matière restent hétérogènes. Le service s'appuiera donc utilement sur **des partenaires financiers** pour des **aides au démarrage** ou pour des **appuis ponctuels** dans le cadre d'appels à projets par exemple.

- Exemples de financeurs à solliciter : **Fondations d'entreprises, Centres communaux d'action sociale, Conseil Général, structures intercommunales, Fonds européens, mécènes...**
- Exemples de charges qui peuvent être couvertes par des financements ponctuels : un **poste d'ingénierie** pour le lancement du projet ou son développement, les **investissements** de départ comme les achats des véhicules...

Il est aussi possible, sous réserve que l'Agence régionale de Santé soutienne le projet dans ce sens, de concevoir le service de garde itinérante de nuit sur le modèle d'un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD). Le service propose alors l'intervention de personnels soignants (aides-soignants et aides médico-psychologiques) sur des horaires de nuit. Dans une telle configuration, le service bénéficie de financements de **l'assurance maladie** (tarification par l'Agence régionale de Santé sous la forme d'une dotation globale dépendant d'un nombre de places autorisées et d'un tarif journalier) et la réalisation d'actes de soins est possible en plus de la sécurisation et de l'aide.

En l'absence d'une configuration de type SSIAD, et si le service emploie des professionnels « surqualifiés » au regard des interventions qu'il est autorisé à proposer (des aides-soignants pour un SAAD par exemple), l'encadrement devra être vigilant quant au respect des missions confiées au professionnel. Les pratiques professionnelles doivent rester harmonisées entre les différents intervenants du service.

Les partenaires institutionnels

Les partenaires institutionnels peuvent apporter des soutiens plus « symboliques » contribuant à la légitimité du service. Il peut s'agir d'acteurs politiques locaux ou encore des grandes associations d'usagers. Il semble important de leur présenter le projet et d'**obtenir leur approbation et leur reconnaissance** : le projet bénéficiera plus facilement d'une crédibilité et d'une visibilité s'ils le soutiennent et s'en font les relais en termes de communication.

Par exemple, l'appui de personnalités locales peut favoriser la publication d'un article dans la presse locale, l'accès à des espaces de communication réservés ou encore, leur présence lors de l'inauguration du service ou autre événement que la

structure organise peut permettre d'attirer les médias et de relayer l'information de manière plus efficace.



Le Conseil Général est un partenaire essentiel pour les services de garde itinérante de nuit en ce qu'il est à la fois :

- **Un partenaire opérationnel en tant que canal de « prescription » ou d'orientation des bénéficiaires vers le service** : les équipes médico-sociales peuvent parler du service de garde itinérante aux bénéficiaires de l'APA et à leurs aidants, et dans certains Départements inscrire les prestations de garde itinérante dans les plans d'aide APA (éventuellement en instaurant un dépassement du plafond des plans d'aide dans le cadre d'une prestation extra-légale)
- **Un partenaire financier en tant que tarificateur et financeur** : certains conseils généraux ont déjà accepté de tarifier des services de garde itinérante de nuit et participent à la prise en charge financière de la prestation en atténuant le reste à charge de l'utilisateur (dans le cadre de l'APA ou par des aides extra-légales) ou en versant des aides à l'investissement ou au fonctionnement.
- **Un partenaire institutionnel en tant que promoteur du service** : le soutien du Conseil Général est facilitant pour un service de garde itinérante de nuit puisqu'il crédibilise le service aux yeux d'autres financeurs potentiels, des professionnels locaux et des usagers.

DÉFINIR SA PRESTATION ET SE Doter DES MOYENS NÉCESSAIRES

Quelle prestation ?

Le contenu de la prestation de garde itinérante de nuit doit découler des constats de l'étude de besoins, tout en restant en adéquation avec le projet de service de la structure porteuse. Une attention précise devra être portée dès le démarrage à la maîtrise des coûts (cf. *infra* maîtrise des temps « improductifs », modalités de facturation prévoyant un abonnement).

La nature exacte de la prestation peut varier selon le service, mais les éléments à définir en amont sont les suivants.

La nature des interventions

La nature et la répartition des interventions sont souvent les suivantes :

- **Entre 20 et 23 heures ou minuit** : aide à la prise des repas, des médicaments (prise de somnifères à une heure plus tardive évitant un réveil en pleine nuit), aide au coucher (permettant un respect du rythme de vie de chacun et une vie sociale normale), aide à l'élimination (transferts, changes), présence rassurante à la tombée de la nuit pour des personnes isolées...
- **Au-delà de minuit** : aide à l'élimination (transferts, changes), prévention des escarres (changements de position), aspirations endo-trachéales, vérification que la personne est bien endormie
 - NB : Le besoin de ce type d'interventions émanera principalement de personnes lourdement handicapées, de personnes atteintes de maladies neurodégénératives, ou encore de personnes en fin de vie.
- **Tôt le matin (dès 5 ou 6 heures)** : aide au lever, toilette, habillage (permet à des personnes désorientées se réveillant très tôt de bénéficier d'une aide dès le réveil)

La durée des interventions

La garde itinérante de nuit propose des interventions courtes : le temps nécessaire se situe **généralement autour de 15 ou 20 minutes**, mais certaines interventions peuvent justifier un passage de 30 minutes ou plus (aide au repas...).

L'amplitude horaire

Il est recommandé, au démarrage du service et pour éviter de démultiplier le temps rémunéré non facturé, de **limiter les horaires d'intervention aux créneaux où l'essentiel de la demande est concentré, c'est-à-dire entre 20h et minuit**.

Dans un second temps, lorsque le service a connu une montée en charge et si des besoins réels d'intervention en pleine nuit apparaissent, alors **l'organisation du travail pourra être revue de façon à étendre l'amplitude horaire d'intervention pour répondre à ces besoins** sans compromettre de façon trop importante l'équilibre de la structure.



A noter : La concentration de la demande entre 20 heures et 23 heures peut impliquer l'organisation de plusieurs tournées en parallèle, alors même que le volume d'activité reste faible. Cette concentration des interventions se traduit également souvent par des temps partiels subis pour les salariés lorsqu'ils n'interviennent pas en parallèle dans un service de jour.

La nécessité d'intercaler des interventions non-programmées dans les tournées habituelles peut entraîner des décalages dans les horaires d'intervention prévus.

- ➔ La garde itinérante obéit donc à des contraintes (d'efficience en ce qui concerne l'extension de l'amplitude horaire d'intervention, et d'effectivité en ce qui concerne les heures de passage exactes). Elle doit à ce titre faire l'objet d'une certaine **pédagogie auprès des usagers**, qui doivent comprendre que certains compromis peuvent être nécessaires pour permettre l'existence du service et sa viabilité.

La procédure de mise en place de l'intervention

L'**évaluation des besoins de la personne** est une étape décisive pour le bon déroulement de l'intervention. Une **visite à domicile** est indispensable pour **estimer les besoins de la personne et son environnement**. A cette occasion, la mise en place d'aides techniques peut être suggérée (lit médicalisé ou lève-malade par exemple) de façon à améliorer le confort de la personne et à réduire les risques professionnels pour les salariés.



Il est nécessaire de définir des **critères d'exclusion en fonction de l'offre de service**, avant de commencer les évaluations des besoins.

Ces critères représentent la limite au-delà de laquelle la prise en charge par le service de garde itinérante de nuit met la personne en danger ou présente un risque pour le professionnel.

La définition du territoire d'intervention

En raison de la courte durée des interventions, les **temps d'inter-vacation** sont plus nombreux dans un planning de garde itinérante de nuit que dans un service d'aide à domicile classique. Par conséquent, la **maîtrise des temps improductifs** (heures rémunérées mais non facturables à l'utilisateur) et notamment des frais de déplacements représentent un enjeu important.

Il est donc essentiel de définir un périmètre d'intervention permettant de toucher un nombre suffisant de bénéficiaires avec des temps de trajet soutenables économiquement et des délais d'intervention raisonnables (si le service intervient de façon non-programmée). C'est pourquoi, au regard des contraintes d'équilibre économique auxquelles les structures font face (en fonction du niveau d'aide financière dont bénéficient le service ou les usagers), il peut être prudent de cibler dans un premier temps un territoire urbain, où la demande est plus concentrée, avant d'étendre le périmètre à un territoire rural, où les besoins sont tout aussi réels.

Un temps de trajet de 30 minutes entre deux bénéficiaires est un grand maximum, et doit rester marginal.

Avec quels moyens humains ?

Le personnel d'intervention

Concernant le profil du personnel à recruter, le diplôme n'est pas l'unique critère à considérer. Les qualités, les savoir-être et l'expérience sont également des critères importants. Il est conseillé de :

- Privilégier un personnel **expérimenté, autonome et doté d'une capacité d'initiative** (au regard de l'isolement important qui caractérise les interventions de nuit)
- Favoriser notamment **la réactivité, le professionnalisme, la patience et la discrétion**, qui correspondent aux qualités attendues pour des passages de nuit à domicile
- Proposer des **formations régulières**, de préférence reconnues par le réseau professionnel
- Organiser le soutien des salariés et prévoir un dispositif de supervision ou d'analyse des pratiques

Lors du recrutement, il est recommandé de :

- **Recruter en interne** dans un premier temps, sur la base du **volontariat validé** : le volontariat est en effet une condition indispensable, mais non suffisante. L'encadrement doit s'assurer des motivations du candidat et qu'il s'agit d'un **professionnel « solide » qui a intégré les contraintes et exigences du travail de nuit**. Un recrutement en interne peut constituer un levier de valorisation du personnel choisi pour le service de garde itinérante de nuit.
- Elaborer, quand la structure gère plusieurs services, des **contrats de travail non limités au service de garde itinérante ou à un seul autre service**, pour faciliter les remplacements et permettre des redéploiements du service de garde itinérante de nuit vers des services de jour en cas de baisse d'activité

Le dimensionnement de l'équipe d'intervention est une étape délicate. Il s'agit de :

- **Recruter plutôt *a minima* dans un premier temps** au regard de la lente montée en charge et la relative impossibilité de fournir des contrats de travail à temps-plein pour la garde itinérante de nuit. La dimension de

l'équipe doit être au plus près en adéquation avec l'activité. Cela **impose une grande réactivité** en période de montée en charge pour répondre à la demande (surtout si le service propose des passages non-programmés).

- Prévoir des **personnes « volantes »**, soit des personnes recrutées mais qui ne sont pas prévues dans les plannings, pour intervenir de façon imprévue, en cas d'absence d'un membre de l'équipe ou en cas de nouvelles demandes.



Prévention des risques professionnels

La garde itinérante de nuit comporte un risque d'isolement, d'épuisement des professionnels, et peut s'accompagner d'un sentiment d'insécurité (surtout au début, les craintes sont généralement levées après quelques semaines). Le risque routier est également particulièrement aigu.

L'employeur se doit de prévenir ces risques. Cela passe par une disponibilité et une écoute attentive par l'encadrement de proximité, par des mesures concrètes comme l'astreinte téléphonique et l'affichage d'une signalétique spécifique sur les véhicules. Cela peut aussi passer par des formations :

- Des formations techniques aux risques routiers ou encore aux premiers secours, pour les préparer à ces situations et les rassurer
- Des formations sur la gestion des horaires de nuit (rythmes, sommeil...) pour limiter leur fatigue

NB : Des visites médicales renforcées sont obligatoires pour les personnes travaillant la nuit. Il faut aussi en anticiper le coût.

L'organisation du travail

L'organisation du travail est encadrée par des considérations pratiques (temps de travail des salariés, horaires des interventions) et par l'encadrement juridique, réglementaire et conventionnel, du travail de nuit. (-> Voir la fiche technique sur le travail de nuit, p.*Erreur ! Signet non défini.*122)

Rythme de travail

L'organisation des tournées dépend du volume d'activité. Il est recommandé de veiller à :

- **Sectoriser** le plus possible les interventions afin de limiter les temps d'inter-vacations : cette sectorisation n'est possible que lorsque la structure a atteint un niveau d'activité important.
- Respecter **des rythmes réguliers et/ou prévisibles pour les salariés** : la régularité permet d'une part d'organiser sa vie personnelle en fonction des nuit travaillées, et d'autre part de limiter la fatigue liée au travail de nuit.
- Adopter un rythme de travail limitant à **quatre le nombre maximum de nuits consécutives** travaillées, tout en restant **compatible avec la réglementation en vigueur** (-> Voir la fiche technique sur le travail de nuit, p.*Erreur ! Signet non défini*.122).

Un rythme de type « 3 nuits travaillées/ 3 nuits de repos/ 2 nuits travaillées/ 2 nuits de repos » est souvent adopté par les services de garde itinérante et semble convenir aux salariés.



Le cumul des heures de jour et de nuit

Les temps-pleins sont rares dans les services de garde itinérante de nuit. **Les salariés complètent souvent leurs horaires de nuit avec des heures travaillées de jour**, soit au sein de la structure porteuse du service de garde soit en dehors.

Quand ce cumul jour-nuit est inévitable, il est important de veiller à ce qu'il ait lieu dans le respect de la durée hebdomadaire maximale de travail.

NB : le cumul de travail de jour et de nuit étant particulièrement fatigant, il appartient à l'encadrement d'être vigilant.

Contreparties au travail de nuit

Les contreparties au travail de nuit prévues à l'article L.3122-40 du Code du travail doivent être définies dans une convention collective de branche ou un accord

d'entreprise (soumis à agrément ministériel). (→ Voir fiche technique sur le Travail de nuit, p. *Erreur ! Signet non défini.*122).



Un **climat social favorable et une attitude ouverte de l'employeur** dans la négociation des contreparties au travail de nuit facilitent la conclusion d'un accord. En effet, le volontariat et l'investissement de l'équipe sont fondamentaux. Au regard des risques professionnels liés au travail de nuit, les contreparties participent d'une **reconnaissance de la pénibilité** de ce travail et contribuent à **préserver la motivation des salariés**.

Le personnel d'encadrement

L'encadrement est particulièrement important au regard des spécificités des interventions de nuit, et des risques professionnels évoqués ci-dessus. Ainsi, il est nécessaire de **prévoir des réunions d'équipe, si possible en invitant de façon concomitante (au moins de temps en temps) les équipes de jour et de nuit**, ou à défaut de façon séparée. Ces réunions doivent permettre de partager les expériences, de faire remonter des difficultés ou dysfonctionnements, et de favoriser la continuité et le suivi de la prise en charge du point de vue du bénéficiaire. Elles doivent être fixées de manière régulière, être rémunérées et obligatoires (dans la mesure du possible). La participation à ces temps d'échange constitue du travail effectif et doit être en tant que tel incluse dans l'organisation du travail. A défaut, cette participation ne pourra être exigée et ne sera pas garantie dans le temps.

Le management quotidien doit veiller au **respect des règles de professionnalisme et être vigilant face au risque de surinvestissement des professionnels**, au regard de la proximité accrue entre professionnels et bénéficiaires qui caractérise les interventions de nuit.

La mise en place d'une **astreinte opérationnelle**, en capacité de répondre aux questions des professionnels à tout moment, est sécurisante pour les salariés en plus de contribuer à la continuité du service. Cette astreinte doit être **rémunérée**. L'interlocuteur doit être en capacité de **conseiller, rassurer, voire soutenir**

concrètement les professionnels de terrain en cas de besoin la nuit. L'expérience montre que la mobilisation de **quatre personnes** est un minimum pour assurer un roulement soutenable entre les personnes d'astreintes. Des mutualisations des astreintes sont possibles mais uniquement avec des structures de même activité et qui connaissent le service, afin de pouvoir garantir des réponses de qualité.

A noter : à condition qu'un certain nombre de conditions soient réunies (encadrement de proximité à l'écoute, astreinte effective, signalétique...*cf. infra*), les premières craintes que peuvent avoir les salariés amenés à travailler la nuit se dissipent rapidement.

Enfin, une attention particulière doit être portée à **la complexité de l'élaboration des plannings pour les tournées de nuit.** Ainsi, les règles qui régissent le travail de nuit s'ajoutant aux contraintes pesant habituellement sur les plannings de l'aide à domicile, le responsable doit être compétent et expérimenté sur ce sujet et **maîtriser les outils existants.**

Avec quels moyens matériels et outils ?

Des outils de communication

Au démarrage du projet, la communication est importante pour faire connaître un projet nouveau et encore peu développé sur le territoire. Ainsi, il faut **prévoir du temps et des moyens financiers** pour faire émerger le besoin et **donner une visibilité au service par des affiches, des plaquettes, des logos sur les véhicules, des articles dans la presse locale...** Le travail avec le réseau de partenaires locaux est décisif pour favoriser l'orientation des bénéficiaires vers le service.

Les véhicules de service

Des véhicules de service peuvent être acquis par la structure pour le service de garde itinérante, ou mutualisés avec une autre activité de la structure. En effet, en comparaison, la **mise à disposition de véhicules de service présente certains avantages** :

- Des avantages économiques :
 - La possibilité de **mutualiser des véhicules avec des services de jour** (et donc de rentabiliser davantage ces véhicules) est intéressante
 - Le remboursement sous forme d'indemnités kilométriques aux salariés est souvent laborieux (traçabilité des déplacements, comptabilisation...) et peu avantageux pour ces derniers
- Des avantages en termes de ressources humaines :
 - Le fait d'être véhiculé n'est pas un critère lors du recrutement
 - La signalétique rendue possible sur les véhicules (logos) est sécurisante pour les salariés qui sont facilement identifiables lors de leur tournée
- Des avantages concernant l'activité
 - La signalétique sur les véhicules contribue à la visibilité du service
 - L'absence de répercussions des pannes personnelles sur l'activité de service est facteur de continuité de prise en charge

Attention, de même que pour le recrutement de personnel, les achats de véhicules doivent obéir à une règle de prudence en période de montée en charge. Des études comparatives réalisées par des services de garde itinérante ont montré que

l'achat de ces véhicules est plus rentable que leur location : des subventions peuvent être mobilisées pour investir dans un parc automobile.

Les téléphones portables de service

Tout comme la signalétique sur les véhicules, l'attribution d'un téléphone portable de service au personnel d'intervention **contribue à sécuriser les salariés**. En effet, ceux-ci peuvent joindre l'astreinte en cas de besoin et être contactés en cas de changement de planning en cours de tournée par exemple. De même, les téléphones peuvent être les **relais des appels d'urgence** pour les interventions non-programmées.

Un **téléphone pour les personnes d'astreinte** est à prévoir également.

Ces numéros doivent être diffusés aux prestataires de téléassistance, aux services d'urgence voire à d'autres partenaires du service si leur utilisation est encadrée (par exemple dans une convention de partenariat).



Le recours aux téléphones du service évite de compter sur les portables personnels et permet d'assurer une **plus grande fiabilité** (pas de coupure de forfait par exemple).

La gestion des clés des bénéficiaires

Les bénéficiaires d'un service de garde itinérante de nuit confient leur clé au service. Il est nécessaire d'intégrer dans le contrat de prestation que l'intervention n'est possible que si le bénéficiaire accepte de fournir un jeu de clés de son domicile.

Une logistique rigoureuse est nécessaire, ce qui implique quelques outils :

- un ou des mousquetons qui centralisent les clés (selon le nombre de bénéficiaires), auxquelles sont associés des porte-clés « codés » (sans le nom des bénéficiaires dans l'éventualité d'une perte, et de préférence un code numéroté du fait de la similarité des initiales)
- un fichier qui recense la correspondance entre les codes et les noms des bénéficiaires

- un fichier d'attribution des clés qui recense quel professionnel possède quelle clé ou quel trousseau. Les salariés signent ce fichier en prenant et reposant la clé, ce qui clarifie les responsabilités de chacun.

Les outils de suivi

Un **document de liaison au domicile** de chaque bénéficiaire doit être mis en place pour garantir la continuité des interventions. Il peut prendre la forme d'un cahier ou d'un classeur. **Une bonne pratique, mais dont la mise en place n'est pas toujours aisée, consiste à partager un même document de liaison entre l'ensemble des acteurs** qui interviennent au domicile de la personne : les autres services de la structure porteuse de la garde itinérante de nuit, mais aussi les services extérieurs (SSIAD, SAAD, IDE, médecins traitants, kinésithérapeutes...). Cependant, faire partager le document par tous les acteurs n'est pas simple en raison des pratiques différentes et parfois cloisonnées de chaque corps de métier. Ainsi, il faut prévoir des échanges avec les professionnels locaux pour inciter au partage du document.

Que le document soit limité aux intervenants du service de garde itinérante ou qu'il soit plus largement partagé, le contenu des écrits et la façon d'écrire dans le cahier de liaison et de transmission devront faire l'objet d'un cadrage en amont, pour rappeler :

- Les éléments importants à faire figurer ou non dans le cahier de liaison, et comment utiliser les informations recensées par les autres professionnels,
- Les éléments à transmettre directement au responsable du service de garde concernant notamment l'évolution de la situation de la personne ou de sa prise en charge.

Un **document de transmission à destination du responsable de service**, doit également être instauré pour qu'au matin, le responsable sache si des événements particuliers ont eu lieu pendant la nuit. Ce document sera **situé dans les locaux de la structure où le professionnel passe en fin de tournée (déposer les clés et le véhicule)**. Ces informations permettent au responsable du service de relever les difficultés des intervenants et d'avoir des informations sur la prise en charge des bénéficiaires.

Les logiciels de planification des interventions

La majorité des logiciels de planning prévoit de pouvoir étendre les horaires et ainsi **couvrir les heures de nuit**. Mais ce n'est pas le cas de tous les logiciels. Il s'agit donc de **veiller à ce que le logiciel de planning le permette** pour faciliter la continuité entre les plannings de jour et de nuit.

A quel coût ?

A titre indicatif, et au regard des expériences étudiées dans le cadre de la démarche de modélisation, le coût de revient d'une heure d'intervention se situe **entre 35€ et 55€ par heure** après la période de montée en charge. Les charges de personnel représentent plus de 80% de ce coût : cette proportion comprend à la fois les heures facturées à l'utilisateur et les heures rémunérées mais non facturées. Ces dernières, dites « heures improductives », contiennent notamment les temps de trajet, considérables en ce qui concerne la garde itinérante de nuit.

MODALITÉS DE FACTURATION ET DE CONTRACTUALISATION AVEC L'USAGER

La facturation de la prestation peut reposer sur :

- une facturation de chaque passage programmé sans abonnement préalable au service
- un abonnement pour des passages programmés + une facturation de chaque passage
- un abonnement pour des passages non-programmés + une facturation de chaque passage
- un abonnement pour des passages programmés *et* non-programmés + une facturation de chaque passage



La mise en place d'un abonnement assure une certaine recette au service et constitue une sécurité non négligeable du fait de la variation de l'activité et de la lenteur de la montée en charge. Cette modalité est conseillée pour une offre de passages programmés et indispensable pour une offre de passages non-programmés.

La différenciation des types d'abonnement permet à l'usager de **choisir celui qui lui convient le mieux**, surtout dans un contexte où la solvabilisation de la demande est contrainte.



Il n'est pas conseillé de mettre en place une facturation forfaitaire pour un nombre de passages fixes par nuit (3 par exemple) : ce fonctionnement trop rigide risque de ne pas correspondre aux besoins des usagers et de représenter un coût trop important.

De même, la **durée d'engagement doit idéalement être flexible** : un bénéficiaire doit pouvoir avoir recours au service de garde pendant une période définie (pendant les vacances de ses enfants, pour un retour d'hospitalisation, une convalescence...). Cette flexibilité est **exigeante pour le service** en termes de réactivité en ressources humaines **mais permet une réponse adaptée aux besoins**.

En ce qui concerne la solvabilisation des usagers, si le service a le statut de service d’aide à domicile¹⁰ :

- **Les personnes handicapées peuvent bénéficier de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH)** et l’intervention de la garde itinérante de nuit être prise en charge au titre de l’aide humaine.
- **Les personnes âgées dépendantes peuvent bénéficier de l’Allocation Personnalisée d’Autonomie (APA)**, voire dans certains départements d’une aide extralégale, qui solvabilisera en tout ou partie, selon le niveau de leur ressources, le coût de service.

¹⁰ Dans le cadre d’une prestation de soin (SSIAD offrant des soins la nuit), le financement relève de l’assurance maladie. De ce fait, il n’y a pas de reste à charge pour l’usager.

Les séjours de vacances pour les personnes malades et les aidants

AVANT DE SE LANCER : LES QUESTIONS À SE POSER	66
De quoi s'agit-il ?.....	66
Pour qui ?.....	66
Pour quoi ?.....	66
Qui ?	67
SE LANCER : ÉTAPES À SUIVRE ET APPUIS NÉCESSAIRES	69
Comment ?	69
Bien s'entourer dès le démarrage	72
Les partenaires opérationnels et institutionnels	72
Les partenaires financiers	73
DÉFINIR SA PRESTATION ET SE Doter DES MOYENS NÉCESSAIRES	75
Quelle prestation ?.....	75
Période de départ et durée du séjour	75
La taille et la composition du groupe	76
Le séjour dans le parcours des participants.....	77
Le contenu du séjour	79
Avec quels moyens humains ?	80
Le personnel d'encadrement	80
Le management par le responsable du séjour.....	82
L'organisation du travail.....	83
Avec quels moyens matériels et outils ?	84
Un lieu d'accueil adapté au profil du groupe.....	84
Les moyens de transport.....	86
Petit matériel nécessaire au séjour	86
Le dossier d'inscription : outil de sélection des participants	87
Assurances à contracter	88
A quel coût ?	88
MODALITÉS DE FACTURATION ET DE CONTRACTUALISATION AVEC L'USAGER	89
Contractualisation.....	89
Reste à charge pour les participants	89

AVANT DE SE LANCER : LES QUESTIONS À SE POSER

De quoi s'agit-il ?

Les séjours de vacances pour le couple dont une personne est atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés sont des départs collectifs, de durée variable, dans un lieu de villégiature. Selon les objectifs poursuivis, les groupes partant en séjour peuvent être composés de couples aidant-aidé, de personnes malades sans leur aidant, ou encore d'aidants seuls (le malade étant pris en charge à domicile par un autre aidant familial ou par un professionnel).

Ces séjours sont accompagnés de personnel d'encadrement qui assure l'organisation, l'animation et l'accompagnement pendant le séjour. Ils contribuent au répit de l'aidant, à la détente de l'ensemble des participants, et font souvent partie d'un projet d'accompagnement plus global proposé par la structure organisatrice.

Pour qui ?

Ces séjours s'adressent à toute personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés avec ou sans son aidant, souffrant de l'isolement ou du confinement à son domicile. Ces départs sont particulièrement utiles pour les couples isolés par la survenue de la maladie ou pour permettre un séjour même si le niveau de dépendance de la personne malade est important.

Pour quoi ?

Le départ en vacances poursuit bien entendu un objectif de détente, de bien-être, d'accès aux loisirs. Il peut constituer une opportunité de soutien du lien social, de rupture de l'isolement, d'intégration dans « la vie normale », et un lieu d'observation et d'évaluation des personnes malades dans un lieu différent du domicile habituel. Pour les aidants lorsqu'ils sont présents, les séjours constituent aussi un temps de répit, une rupture bénéfique avec le quotidien, grâce au changement de lieu, aux activités proposées et au climat général du groupe. Le séjour peut permettre aux aidants d'assumer plus sereinement leur rôle à leur

retour, grâce notamment aux échanges avec des professionnels et leurs pairs ou, dans certains cas, des actions de soutien plus organisées dans le cadre du séjour, et déclencher une demande d'aide qu'ils ne parvenaient pas exprimer jusqu'alors. Les séjours trouvent leur intérêt en *complément* à un accompagnement fourni sur une plus longue durée. Le séjour est donc conçu par les opérateurs du secteur social et médico-social comme *un outil supplémentaire au service de leur projet*.

Qui ?

Une structure relevant du secteur social ou médico-social (SSIAD, Accueil de jour...) peut, en complément de son activité principale, organiser un séjour de vacances pour le couple aidant-aidé, sans être spécialisé dans le tourisme.

Un appui par des professionnels du secteur est alors précieux (recours à des centres d'hébergement habitués à recevoir des groupes de personnes en perte d'autonomie ou malades, par exemple, ou encore recours à l'offre de l'ANCV ou de Vacances Ouvertes).

D'autres structures, plus spécialisées dans le tourisme et le départ en vacances, organisent de tels séjours.

La structure porteuse, surtout si elle est un opérateur du secteur médico-social, devra présenter les caractéristiques suivantes.

- Concernant les ressources humaines :
 - il est facilitant d'avoir une **équipe de direction investie** et volontaire,
 - avec une **capacité gestionnaire** dans le montage du projet et sa mise en place,
 - du **personnel d'intervention dynamique** et convaincu,
 - et un **climat social favorable** qui favorisera l'investissement personnel dans le projet.
- Concernant la **taille de la structure** : les effectifs doivent être suffisamment importants pour que, pendant le séjour et l'absence d'une partie du personnel, l'activité du service puisse être assurée.



Le décalage entre l'activité principale de la structure et l'organisation de séjours de vacances amène les différents interlocuteurs à questionner la pertinence de l'organisation d'un séjour. Il semble donc nécessaire que les structures se préparent à **justifier leurs choix et à expliciter la complémentarité entre le séjour et leur activité principale.**

SE LANCER : ÉTAPES À SUIVRE ET APPUIS NÉCESSAIRES

Comment ?

L'inscription du séjour dans le projet de la structure organisatrice suppose une **conception « sur mesure »**. Des **offres plus standardisées** existent également (proposés par exemple par l'Agence nationale des chèques vacances, ANCV, dans le cadre de l'appel à projets Séniors en vacances). Elles constituent une **facilité en termes d'organisation** mais **réduisent la marge de manœuvre** de la structure.

L'association Vacances Ouvertes, qui a vocation à favoriser l'accès aux vacances des personnes qui en sont exclues, a lancé un **appel à projet « Aidants »**. Vacances Ouvertes propose d'accompagner des structures du secteur social et médico-social dans l'organisation de séjours de vacances pour les aidants ou les couples aidant-aidé. Le **soutien méthodologique** de Vacances Ouvertes repose sur une adaptation du projet de séjour aux objectifs de chaque structure, dans le respect de son inscription dans un « paysage » local de partenaires et de financeurs. Cependant cet appel à projet ne couvre aujourd'hui que les régions Poitou-Charentes, Picardie, Nord-Pas-de-Calais et Aquitaine

Les principales étapes du montage de projet sont les suivantes :

- **Etude de besoins** : il est recommandé de la réaliser avant les étapes suivantes
(→ Voir la fiche technique sur l'Etude des besoins, p. 114)
- **Définition des bases organisationnelles et opérationnelles du projet** en adéquation avec les besoins : définition et formalisation des **objectifs** du séjour (éventuellement avec les partenaires), du **format** du projet (durée du séjour, taille du groupe concerné, public cible, nature du personnel d'encadrement...) (→ Voir « Quelle prestation ? », p. 75)
- **Présentation et validation du projet** et de ses implications (articulation avec le projet d'établissement si l'organisateur est un établissement social ou médico-social, investissements nécessaires notamment en temps du personnel de

direction...) aux membres de la direction et des instances de gouvernance de la structure porteuse (conseil d'administration...)



L'implication des administrateurs est un élément facilitant : leur consultation dès l'élaboration du projet permet de s'assurer de leur soutien.

- **Consultation des partenaires** : s'adresser à des structures voisines qui pourraient souhaiter s'associer au projet pour le recrutement des participants, l'organisation du séjour ou la mise en commun de personnel par exemple
- **Définition d'une organisation du travail** (→ Voir la fiche technique sur le travail en continu p.11818 et « Avec quels moyens humains ? » p.80)
- **Montage financier** du séjour : évaluation du coût, identification des potentiels financeurs (collectivités locales, caisses de retraites complémentaires, mécènes ou encore fondations d'entreprise) et sollicitation de leur aide
- **Communication** auprès des personnes ciblées et des acteurs du secteur médico-social présents sur le territoire
- **Mobilisation et sélection du personnel** en interne, **recrutement** en externe si nécessaire
- **Identification claire du rôle des bénévoles** éventuellement mobilisés pour l'animation du séjour
- Définition de modalités de **mesure de la satisfaction** des usagers par une enquête qui peut être envoyée par courrier sous forme de questionnaire ou distribuée au retour du séjour. Une enquête à destination des professionnels accompagnants peut être également prévue.

Que la structure soit expérimentée ou non dans l'organisation de séjours de vacances, **l'utilisation d'un rétro-planning** est conseillée pour anticiper les étapes qui précèdent le départ et ne rien oublier. La préparation d'un séjour doit démarrer **un an avant le départ** (même si l'inscription des usagers doit répondre à un calendrier un peu différent, cf. encadré ci-dessous). Elle implique les étapes suivantes :

- Communication sur le séjour **un an avant la date prévue** de départ en explicitant les objectifs du séjour aux potentiels participants

- Sollicitation et **recrutement** de l'équipe d'encadrement et/ou du personnel local amené à intervenir pendant le séjour (prévoir la possibilité de procéder à des ajustements de dernière minute en fonction du profil du groupe) (→ Voir « Avec quels moyens humains ? » p.80)
- **Réservation** du lieu d'hébergement et des moyens de transport adaptés (si ces derniers sont à la charge de l'organisateur)
- **Elaboration du programme du séjour** en veillant à ne pas le surcharger et en vérifiant rigoureusement l'accessibilité des lieux prévus pour des sorties
- Inscription des participants en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion définis en amont – **validation définitive de l'inscription** des participants au plus tard un mois avant le départ sur la base d'une évaluation actualisée du degré d'autonomie de la personne et de ses besoins
- **Rencontre avec les participants** et l'équipe d'encadrement en amont du séjour, si possible, afin de favoriser l'installation d'une relation de confiance, et de s'assurer, à une date rapprochée du séjour, que l'ensemble des inscrits entre toujours dans les critères d'inclusion du séjour
- Organisation d'une **réunion de préparation** avec toute l'équipe pour préciser le rôle de chacun, passer en revue le programme du séjour, élaborer un planning prévisionnel de travail (heures travaillées et heures de pause)
- **Réalisation du séjour**
- **Suivi** des participants à leur retour : par exemple, organisation d'un événement dans le mois qui suit le retour, envoi d'un album photo sur DVD, invitation à des groupes de paroles ou des ateliers collectifs...



Evaluation des besoins d'aide et de soins pendant le séjour

L'évaluation des besoins (d'aide et de soins) est décisive dans la préparation du séjour et **sa précision est un facteur de réussite, dans la mesure où elle permet le bon dimensionnement de l'équipe d'encadrement**. Cela implique :

- de définir en amont des critères d'inclusion/exclusion
- de rencontrer les participants s'ils ne sont pas ou peu connus de la structure organisatrice et d'évaluer leurs besoins au quotidien,
- d'élaborer un dossier d'inscription qui reprend des informations relatives à la situation de la personne (y compris l'aidant, si celui-ci est présent en séjour) (→ Voir « Avec quels moyens matériels et outils ? »)

Dans la mesure où les besoins d'aide et de soins évoluent dans le temps, l'expérience montre que le **délai optimal entre la validation de l'inscription et le départ est d'un mois**. Plus en amont, l'état de santé des participants peut varier considérablement et déséquilibrer l'organisation de la charge de travail des professionnels. Plus tard, les personnes n'ont pas suffisamment de temps pour organiser leur départ ou de prévenir de leur absence les professionnels qui interviennent à leur domicile par exemple.

Surestimer légèrement les besoins lors de l'évaluation au moment de l'inscription permet d'approcher la réalité de l'état du groupe au moment du départ.

Bien s'entourer dès le démarrage

Les partenaires opérationnels et institutionnels

L'élaboration d'un séjour nécessite de mobiliser un réseau plus ou moins dense de partenaires, en fonction de ce que la structure est en mesure d'assumer seule, et donc de sa nature et de ses moyens en interne.

Une **organisation conjointe du séjour entre deux structures** voisines sur un territoire peut être envisagée à certaines conditions :

- Que les deux structures se connaissent et aient des projets de services dont les objectifs sont proches.

- Que le partenariat soit formalisé, par exemple sous la forme d'une convention, pour expliciter les rôles et engagements de chaque partie.

Le co-portage permet d'**inclure plus de vacanciers** au projet, de **faciliter le recrutement de personnel** sans mettre en difficulté l'activité de la structure. Dans ce contexte, des cultures et des pratiques professionnelles proches facilitent la collaboration des équipes.



Si la structure organisatrice prévoit de recourir à des **prestataires d'aide et/ou de soins locaux** (situés sur le lieu où se déroule le séjour ou dans l'environnement proche) pendant le séjour, il faut veiller à **les solliciter très en amont**. En effet, les plannings des services d'aide et de soins sont le plus souvent chargés et l'intégration d'une activité supplémentaire de façon ponctuelle peut être délicate au dernier moment. Les inclure dans l'élaboration du projet peut être facilitant.

Les partenaires financiers

Le montage financier du projet doit permettre d'estimer le coût du séjour. En fonction du reste-à-charge acceptable pour le public ciblé, les financeurs suivants peuvent être sollicités :

- Les **collectivités locales**
 - Pour des participations financières sous forme de subvention ou en nature (prêt d'autobus adapté par exemple)
 - Pour solliciter le « **transfert de l'APA** » à domicile auprès du **Conseil Général** (permettant à la personne aidée d'utiliser son APA sur le lieu du séjour en recourant à un autre service ou intervenant non connu du conseil général et recevoir ainsi l'aide qu'elle reçoit habituellement)
- Les **caisses de retraites complémentaires** : en contrepartie de la réservation de quelques places du séjour pour leurs affiliés, les caisses de retraite peuvent accepter de financer partiellement le projet, ou à contribuer à solvabiliser les participants.



La **liste des caisses auxquelles sont affiliés les participants au séjour** permet d'identifier celles qu'il peut être pertinent de contacter. Le dossier d'inscription doit contenir une rubrique à ce sujet.

- Tout acteur local ou national susceptible d'attribuer des **subventions ponctuelles ou des aides spécifiques** dans le cadre d'appels à projets : fondations, banques, assurances, mécènes...
- L'Agence nationale des chèques vacances (ANCV), qui fournit une aide dans le cadre de l'appel à projet permanent « **Seniors en vacances** ». Le format du séjour est alors déterminé par avance, mais s'il correspond au format souhaité par la structure, alors les aides financières de l'ANCV permettent atténuer le reste à charge des participants.



NB: Au-delà du cadre initial posé par l'ANCV, des adaptations sont possibles à travers un échange individualisé entre la structure organisatrice et le référent régional de l'ANCV, concernant par exemple le taux d'encadrement pris en compte ou les aides au transport (sous réserve de la disponibilité des fonds).



Financements et contreparties

Solliciter des financements implique souvent des contreparties et parfois certaines adaptations du projet initial. Il appartient à la structure organisatrice de veiller à la cohérence globale du projet et au respect des éléments définis en amont avec les partenaires opérationnels.

DÉFINIR SA PRESTATION ET SE Doter DES MOYENS NÉCESSAIRES

Quelle prestation ?

Période de départ et durée du séjour

Les **mois de juin et de septembre** sont appropriés : ils permettent une météo généralement clémente, et les tarifs de « basse-saison » s'appliquent, réduisant le coût du séjour. La fréquentation des lieux touristiques y est généralement moins importante.

Il est difficile de définir une durée idéale qui optimise les bienfaits du séjour.

- Selon que les aidants sont présents ou non, le malade a besoin de plus ou moins de temps pour trouver ses repères sur le lieu de vacances. Un séjour **avec des personnes malades uniquement** doit permettre aux participants de profiter du séjour au-delà des trois jours souvent nécessaires à la prise de nouveaux repères, et donc durer au minimum **une semaine**.
- Si le séjour s'adresse au couple aidant-aidé comme un **moyen d'entrer dans le dispositif d'aide aux aidants**, un premier pas qui ne doit pas représenter un engagement trop important, il peut être plus court : **3 ou 4 jours** par exemple.

La durée adéquate d'un séjour dépend aussi des **conditions d'accueil** (présence ou non de matelas anti-escarres par exemple), de la **fatigabilité des professionnels et des participants**, mais aussi du **trajet** à parcourir pour se rendre sur place. Si le trajet est long, le séjour ne doit pas être trop court afin de donner le temps aux participants de récupérer et de préserver un bon équilibre entre temps de trajet et temps sur place.

La durée du séjour peut aussi être conditionnée par **des éléments de coûts et de financements**. En fonction des capacités contributives des participants et des aides obtenues, la durée du séjour devra permettre de limiter le reste-à-charge à un niveau raisonnable.

Il s'avère que **la durée constatée dans la plupart des séjours se situe autour d'une semaine**. Cette durée facilite l'inscription dans un cadre réglementaire pour

l'organisation du travail (→ Voir la fiche technique sur Le travail en continu p.11822 et « Avec quels moyens humains ? », p.80).

La taille et la composition du groupe

Deux approches peuvent être choisies pour définir les critères d'inclusion :

- Soit de former un **groupe relativement homogène** (plus le groupe est important, plus l'exercice est difficile) avec des participants aux profils similaires en termes d'autonomie,
- Soit de former des **groupes équilibrés entre des profils de participants en plus ou moins grande perte d'autonomie**, de façon à maîtriser la charge globale en soins et en accompagnement.

Attention, dans un groupe mixte, composé de personnes plus ou moins malades, les personnes les moins dépendantes (aidants comme aidés) doivent être accompagnées dans cette **confrontation à des personnes se situant à un stade plus avancé de la maladie**. Fournir une écoute attentive, rassurer les personnes, permet de désamorcer des angoisses et favorise l'acceptation et la tolérance par les personnes moins touchées.



Dans les deux cas, il est important d'être pragmatique et de **veiller à l'adéquation entre les moyens disponibles** (s'ils ne sont pas extensibles – et c'est généralement le cas) **et le profil du groupe** sélectionné pour le séjour. Cela peut passer par l'adaptation du profil du groupe aux moyens dont la structure dispose pour l'accompagner.

Dans l'idéal, le niveau de dépendance ne doit pas constituer un frein à l'inscription des personnes au séjour. En pratique, il est important de ne pas surestimer les capacités de l'équipe d'encadrement, si les effectifs sont contraints, afin de ne mettre personne en difficulté.

Le **nombre conseillé de participants** se trouve **entre 10 personnes** (en dessous de ce nombre, la dynamique de groupe semble plus difficile à impulser) et **30 personnes** environ afin de préserver une cohésion de groupe.

Cette cohésion peut être favorisée par la **présence d'anciens participants** aux séjours ou une rencontre du groupe avant le départ. Elle est plus facile à instaurer dans un groupe homogène.



Attention à ne pas mettre l'équipe d'encadrement en difficulté :

- Estimer également la perte d'autonomie de l'aidant qui peut avoir des besoins en soin, aide et accompagnement.
- Ne pas se refuser à instaurer des critères d'exclusion pour ne pas dépasser la charge en soin que l'équipe disponible est en capacité d'assumer.
- Être attentif au nombre de fauteuils roulants, qui nécessitent des personnes valides pour les pousser.

La **présence de l'aidant** pendant le séjour semble **plus ou moins pertinente**, utile, ou souhaitable **selon l'objectif** du séjour (séjour thérapeutique pour le malade, répit de l'aidant, détente de l'aidant, détente du couple ensemble...) **et le degré d'épuisement** de l'aidant.

Le séjour dans le parcours des participants

Les séjours doivent s'inscrire dans une continuité pour la personne suivie, et compléter l'accompagnement que proposent les structures organisatrices. Ainsi, la **notion de parcours** pour le couple, avec un « avant et un après séjour » est importante à prendre en compte.

En *amont*, il est essentiel que les participants soient connus de l'équipe d'encadrement ou d'organisation. La connaissance des participants, qui est assurée quand la structure organisatrice suit la personne au quotidien, ne dispense pas de la préparation en amont du séjour avec la personne. Une **visite à domicile** ou un entretien est souhaitable et doit être réalisée par une personne qui encadre le séjour.

La visite de préparation vise à :

- Confirmer l'évaluation de la capacité de la personne à partir
- Se présenter de manière à ce que la personne soit le moins désorientée possible et connaisse un visage le jour du départ (et inversement, que les membres de l'équipe puisse reconnaître les participants rapidement)

- Expliquer le déroulement du séjour, rassurer si besoin,
- Rappeler les éléments indispensables du trousseau.



La **continuité des professionnels** entre l'accompagnement au quotidien et l'encadrement du séjour est un élément sécurisant pour les participants qui connaissent l'équipe d'encadrement (au moins en partie). Cela permet :

- D'**accepter plus facilement un départ** quand les participants sont réticents,
- De réduire la période nécessaire à l'installation de la **confiance**,
- De renforcer la pertinence du séjour en termes de **continuité et de prise en charge globale**.

Cependant, la qualité du personnel et sa motivation sont plus importantes que le fait qu'il s'agisse ou non du personnel de la structure.



Il est recommandé de se renseigner sur les **habitudes des personnes** en amont, afin de faciliter et accélérer la prise de repères sur place en poursuivant ces habitudes.

L'après séjour permet d'apprécier la pertinence et l'impact du départ en vacances, et d'en prolonger les bienfaits.

- **Pour clore le séjour** : un moment de convivialité organisé quelques temps après le retour permet de partager les photos, de se revoir, et donc de poursuivre la rupture de l'isolement entamée avec le séjour
- Pour accompagner les participants à **poursuivre la dynamique engagée** pendant le séjour : un travail sur le long terme peut être réalisé pendant le séjour du fait de la proximité des équipes d'encadrement avec les participants. Ainsi, une prise de conscience sur la nécessité d'être aidé toute l'année ou d'accepter des aides techniques ou humaines peuvent émerger pendant les vacances.

Les expériences déjà réalisées montrent que les séjours constituent une porte d'entrée vers d'autres dispositifs d'aide aux aidants : il ne semble pas souhaitable

de laisser les participants rentrer du séjour sans proposer de suivi. **La structure doit donc être en capacité d'orienter** les personnes à leur retour en fonction des besoins constatés.



Une certaine **nostalgie** suit le retour du séjour. La structure doit l'anticiper et « garder le contact » pour s'assurer que les participants ont repris leurs marques à domicile. De même, les professionnels ont parfois des difficultés à se réinscrire dans une relation professionnelle traditionnelle au retour des séjours : ils doivent également faire l'objet d'attention et de suivi.

Le contenu du séjour

Les activités doivent correspondre le plus possible aux attentes d'un vacancier « non-malade » tout en étant adaptées aux capacités des participants. Il est donc important de prévoir des sorties touristiques et culturelles, du temps libre de repos, des activités ludiques... qui permettent aux personnes de rompre avec leur quotidien. **La diversité des activités et de l'offre de séjours doit être encouragée.**

Pour le bon déroulement du séjour, il est important :

- De vérifier l'**accessibilité réelle** des lieux de visite (→ Voir « Avec quels moyens matériels et outils ? », p.84).
- De **ne pas surcharger les journées** : les excursions à la journée sont particulièrement fatigantes donc ne pas en prévoir plus d'une par semaine. De même, les temps de trajet sont source de fatigue. Des temps de repos le matin ou de sieste après le repas doivent pouvoir être proposés.
- De **préserver une marge de choix** pour les participants qui doivent pouvoir refuser une excursion : anticiper la possibilité de faire des sous-groupes si les participants souhaitent faire des activités différentes.
- De prévoir l'éventualité de mauvais temps (activités en intérieur).

Au-delà des objectifs liés directement à la détente et au tourisme, les séjours peuvent porter des objectifs spécifiques. Par exemple, des objectifs thérapeutiques pour les personnes malades, ou de formation de l'aidant, peuvent se traduire par des activités de stimulation cognitive, de relaxation ou de musicothérapie pour la

gestion du stress, ou encore des interventions de spécialistes pour informer ou former les participants.

Avec quels moyens humains ?

Le personnel d'encadrement

Le taux d'encadrement varie en fonction du niveau de dépendance **autour de 0,5 encadrant par participant** au séjour (personnes malades et leurs aidants).

Plusieurs types d'intervention sont nécessaires pendant le séjour :

- Un encadrement, un suivi, et une coordination, qui impliquent une présence en continu sur le séjour
- Des actes de soin, d'aide, d'animation, des prestations, qui constituent des **interventions plus ponctuelles ou sur des temps délimités chaque jour**.

Il est possible que le même personnel assure l'ensemble de ces fonctions. La structure peut choisir, pour répondre à ces missions, en fonction de ses ressources humaines :

- Soit de sélectionner des **membres de son personnel** :
 - Cela implique que les effectifs soient suffisamment importants pour que l'activité de la structure puisse être assurée par le personnel restant pendant la durée du séjour.
- Soit de **recruter des professionnels extérieurs** pour la durée du séjour :
 - Recours à des professionnels intérimaires (système flexible mais coûteux) ou en CDD (moins onéreux mais plus lourd) pour des actes d'aide ou de soins, qui interviennent donc ponctuellement (le matin et le soir notamment) et qui ne restent pas sur place en continu
 - Recours à des **prestataires** qui facturent leur intervention à l'acte
 - Sollicitation de **stagiaires en cours de formation d'infirmiers** (selon la compatibilité des dates de départ avec les périodes de stage). Des liens doivent alors être formalisés avec un organisme de formation pour permettre la reconnaissance d'un séjour comme un stage
 - Recours au **bénévolat**, avec un niveau d'attente plus ou moins important vis-à-vis des bénévoles : ils peuvent être considérés comme

le pilier de l'encadrement s'ils sont en nombre suffisant et formés en amont, ou peuvent constituer un complément de l'équipe salariée pour renforcer le taux d'encadrement.



En cas de changement de département, le **transfert de l'APA** peut être demandé pour **la prise en charge des actes d'aide et d'accompagnement pendant le séjour**. Ces actes seront effectués par des services non situés dans le département versant l'APA, ce qui suppose une procédure spécifique (se renseigner auprès du Conseil général).



Certains lieux d'hébergement (notamment ceux gérés par les Petits Frères des Pauvres) proposent du personnel sur place qui peut contribuer à l'encadrement du séjour, comme des veilleurs de nuit par exemple.



La présence de bénévoles induit des avantages considérables en termes de **maîtrise des coûts** et de bienfaits pour l'**ambiance de groupe**. De même, si les bénévoles sont (ou ont été) aidants eux-mêmes, la logique de pair-émulation favorise les échanges de savoirs-faires et l'empathie. Cependant, quelques précautions doivent être prises :

- L'encadrement des bénévoles est à prévoir à travers une **contractualisation** qui précise les droits et devoirs de chacun, notamment afin de faciliter l'articulation entre les bénévoles et les professionnels. Ainsi la qualification du bénévole par rapport à sa mission doit être précisément identifiée : par exemple un bénévole intervenant en qualité d'infirmière ou d'aide-soignante.
- La difficulté de recrutement de bénévoles nécessite une **valorisation de leur travail** et une **communication** très en amont.
- Il semble nécessaire de **former les bénévoles** avant le séjour : formation aux spécificités des pathologies auxquelles ils seront confrontés, et à l'encadrement d'un séjour.

Le management par le responsable du séjour

Sur chaque séjour, la structure devra veiller à **identifier un coordinateur** ou un responsable du séjour vers lequel les membres de l'équipe peuvent se tourner en cas de difficultés, et qui sera garant du bon déroulement du séjour.

Il est aussi recommandé de prévoir :

- Si possible une **astreinte hors site**, assurée par un salarié de la structure porteuse joignable en cas de besoin
- **Des temps d'échange** entre les professionnels :
 - en amont, une **réunion préalable de l'équipe** du séjour est nécessaire pour planifier le séjour. Elle peut se dérouler dans le cadre d'une arrivée anticipée de l'équipe (si elle ne voyage pas avec le groupe ou si les professionnels ne sont pas géographiquement mobilisables avant le séjour)
 - et pendant le séjour, pour désamorcer les situations de crise ou pour éviter que des dysfonctionnements ne compromettent la réussite du séjour, par exemple un **point collectif** chaque matin ou chaque soir

Bien souvent, la participation à un séjour suppose un **investissement des professionnels au-delà de celui qui est exigé** dans leur activité quotidienne :

- A la fois en termes de temps puisque les horaires pendant le séjour dépassent les cadres d'intervention habituels,
- Et en termes d'investissement personnel puisque les besoins peuvent concerner des champs habituellement non couverts par ces professionnels.

Le volontariat des professionnels est donc essentiel et leur accompagnement par le responsable doit être à la hauteur de cet investissement. Enfin, cet investissement doit donner lieu à des contreparties.



Une absence imprévue parmi le personnel peut mettre l'équipe en difficulté. Il est nécessaire de prévoir des modalités de remplacement du personnel à la dernière minute.

L'organisation du travail

En l'absence de texte réglementaire relatif aux séjours de vacances aidants-aidés, l'organisation du travail relève des **choix de la structure** et de **négociations entre employeur et salariés** (ou leurs représentants s'ils existent) afin de définir les conditions du travail en continu et ses contreparties (compensations en majorations de salaire et/ou repos compensateur) dans le respect du droit du travail et des conventions collectives (*→ Voir fiche technique sur le Travail en continu p.1188*). Bien souvent, la présence en continu du personnel sur le lieu du séjour implique du travail partiellement bénévole. Cet investissement doit être valorisé et la structure qui organise le séjour doit **s'assurer que le personnel est bien en accord avec ce principe** dès le recrutement.

Une organisation autour du **système des 3 x 8 heures ou des 2 x 12 heures** peut également être mise en place. Néanmoins, elle exige d'avoir un nombre important de professionnels, et risque de rendre rédhibitoire le coût du séjour et donc le reste à charge pour l'usager.

Si la mise en place de compensations est indispensable, il apparaît que les salariés accompagnant les séjours y trouvent un **enrichissement considérable de leurs pratiques professionnelles**, une vision nouvelle de l'accompagnement des personnes malades et une source d'épanouissement professionnel.

- L'impact positif des séjours sur les personnes malades est une source de satisfaction et de valorisation des professionnels.
- Pour ceux qui exercent habituellement de façon isolée (aides-soignants d'un service de soins infirmiers à domicile par exemple), le séjour constitue également une expérience forte de travail en équipe.
- La participation à un séjour contribue à redonner un sens au travail des professionnels.

Ce sont ces moteurs qui permettent le surinvestissement pendant le séjour. Ce constat souligne **l'importance du volontariat et de la motivation dans le recrutement des professionnels** pour encadrer le séjour.



Afin de permettre la mobilisation de personnel de la structure pour des séjours de vacances, il peut être utile de prévoir des contrats qui stipulent que le professionnel peut être mobile. Un ordre de mission est alors établi pour le séjour, et la structure est couverte en cas d'accident du travail.

Avec quels moyens matériels et outils ?

Un lieu d'accueil adapté au profil du groupe

L'accessibilité du lieu pour les personnes à mobilité réduite et son adaptation pour l'accueil de personnes désorientées et de groupes de personnes âgées est décisive dans la réussite du séjour. L'adaptation du lieu conditionne à la fois le **confort pour les personnes** et la **prévention de l'épuisement des professionnels**.

Des **visites sur place** sont indispensables avant d'arrêter le lieu du séjour, même si des indicateurs existent (comme le label « Tourisme Handicap » par exemple). Certains points sont particulièrement importants à observer (liste non-exhaustive):

Enceinte et lieu de vie	
Dans l'idéal, un bâtiment de plain-pied, un double ascenseur si le bâtiment est sur plusieurs niveaux	Des repas pouvant être servis à table (pas seulement en « self service ») et la possibilité de repas adaptés aux différents régimes (mixés, sans sel...)
Un nombre réduit d'autres vacanciers à la même période, pour avoir de la place dans les lieux collectifs pour les éventuels fauteuils roulants	Une relative proximité entre les différents lieux de vie (entre les chambres elles-mêmes, entre les chambres et le restaurant...), et un accès facile aux différents bâtiments (pas de gravier, par exemple)
Conditions de sécurité : une porte qui ferme	Disponibilité de salles au sein de la structure d'accueil pour organiser des animations et réunir le groupe. Ces salles doivent être proches des autres lieux de vie et des toilettes.

Chambres	
La taille des chambres doit être suffisante (largeur des portes, zone de rotation...)	Accessibilité des sanitaires (douches de plain-pied, barres d'appuis, tabourets...)
Possibilité d'installer des lits médicalisés	Possibilité d'installer 2 lits séparés

Environnement	
Présence de services médicaux à proximité (hôpital avec les bons services, médecins...)	Proximité d'une gare, d'une sortie d'autoroute ou d'un aéroport
Existence d'attractions touristiques et d'activités à proximité	



Ne pas oublier de :

- Faire la visite **avec un fauteuil roulant** (si les participants au séjour en utilisent)
- Vérifier ce qui peut être mis à disposition par le centre d'accueil sur place (jeux, personnel d'animation...),
- Vérifier que le numéro du médecin de garde est affiché et encore valable.



L'accueil par les professionnels du lieu d'hébergement (direction, cuisiniers, personnel d'animation, d'entretien...), est en soi un facteur d'accessibilité. Leur ouverture et leur tolérance sont des conditions indispensables au bon déroulement du séjour et à l'acceptation du groupe par les autres vacanciers.

Certains partenaires peuvent être des personnes ressources pour attester de l'accessibilité d'un lieu. Ne pas hésiter à demander l'avis de structures ayant déjà organisé des séjours sur le lieu envisagé.

Les moyens de transport

La structure organisatrice doit choisir **si le départ se fait collectivement** (possible quand les participants habitent tous sur un même territoire) **ou si les participants se retrouvent directement sur les lieux du séjour** (quand ils sont originaires de territoires éloignés les uns des autres).

Dans le cas d'un départ collectif, le choix du mode de transport dépend de l'accessibilité et de la distance du lieu d'accueil. Il semble que **le voyage en autocar** (adapté si nécessaire à la présence de fauteuils roulants) soit facteur de cohésion du groupe et favorise l'instauration rapide d'une dynamique collective. Dans le cas d'un voyage en autocar :

- le transport ne doit pas dépasser 3 heures (risque de fatigue)
- des pauses fréquentes doivent être prévues
- le véhicule doit être climatisé et équipé de toilettes
- le cas échéant, il doit avoir assez de places amovibles pour accueillir tous les fauteuils roulants.

Les voyages en train sont à anticiper très en amont au regard du nombre limité de places réservées aux fauteuils roulants par train. Le recours au dispositif « Accès Plus » de la SNCF (permettant notamment une assistance en gare) est possible si la demande est faite en amont.

Pendant le séjour, il est nécessaire de prévoir des moyens de transport sur place pour se rendre sur les lieux à visiter et réaliser les activités touristiques prévues. Les véhicules sur place permettent également de réagir en cas d'urgence.

Il faut donc prévoir **plusieurs véhicules** pour pouvoir diviser les groupes et adapter le programme aux souhaits des participants. Il s'agit aussi d'anticiper lors du recrutement la nécessité que plusieurs membres de l'équipe possèdent le **permis de conduire**.

Petit matériel nécessaire au séjour

Il est conseillé aux organisateurs de prévoir certains aspects matériels :

- Etudier la nécessité de **louer du matériel médical** comme les lits médicalisés, en fonction des besoins des participants et de l'équipement des chambres

(hauteur des lits par exemple) et si besoin, faire la demande de location en amont pour organiser au mieux la livraison et ses conditions.

- Prévoir une **caméra et/ou un appareil photo** et demander par écrit aux participants leur accord pour le respect du droit à l'image.
- Vérifier avant le départ que les participants n'oublient pas leurs **médicaments** et les **éléments indispensables du trousseau** (une liste des différentes choses à prendre aura été distribuée après inscription : documents médicaux comme les dernières ordonnances, réserves de médicaments sous piluliers...).
- Apporter quelques objets dont l'expérience a confirmé l'utilité : tournevis, matériels de réparation pour les pneus des fauteuils, crème solaire, mixeur alimentaire, protections hygiéniques...

Le dossier d'inscription : outil de sélection des participants

Dans le dossier d'inscription, **la demande d'information doit porter sur chaque participant, aidant comme aidé**. Le formulaire doit mentionner le droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui concernant la personne, conformément à la loi n° 78-17 du 06 janvier 1978, dite Informatique et Libertés).

Le dossier doit permettre d'**approcher une évaluation des besoins** pour chaque participant. Des informations relatives à l'autonomie dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, des besoins en soin, des pathologies doivent être recueillies avec précision.

Certains éléments peuvent être demandés en même temps que le dossier d'inscription comme par exemple :

- Une attestation d'assurance
- Le numéro de téléphone du médecin traitant et d'une personne référente dans la famille
- Les régimes ou contre-indications alimentaires
- Des informations médicales sous pli cacheté (par exemple contre-indications médicales) qui ne seront lues que par un médecin en cas de besoin.

Assurances à contracter

La structure doit se couvrir contre différents risques en organisant des séjours¹¹ en contractant des **assurances complémentaires** à celles qui la protègent dans son activité habituelle.

Par exemple, chaque participant doit présenter son attestation de **responsabilité civile** et contracter une **assurance rapatriement**. De même, la structure doit penser à vérifier que ses contrats prévoient :

- L’**assurance annulation** sur motif médical (Attention au délai de prévenance : variable, il peut être inadapté aux besoins d’un groupe de personnes fragiles)
- L’assurance des **dommages causés à un tiers** par un participant au séjour.

A quel coût ?

A titre indicatif, le coût de revient d’un séjour de vacances se situe **entre 100€ et 200€ par jour et par personne**. Il varie en fonction des besoins en aide et en soins sur place, des choix de destination, de la période de l’année choisie, des modes organisationnels, des excursions et activités proposées, etc. En effet, les séjours peuvent recouvrir des réalités très diverses.

La part des charges de personnel varie entre 20% et 50% selon que l’organisation repose sur des bénévoles ou non. La part des **dépenses d’hébergement et de restauration** dans le coût de revient est considérable.

¹¹ Une structure est déclarée organisatrice du séjour dès lors qu’une seule facture est payée par elle, même si ce n’est pas son cœur de métier.

MODALITÉS DE FACTURATION ET DE CONTRACTUALISATION AVEC L'USAGER

Contractualisation

Il est important que les participants aux séjours **s'engagent de manière contractuelle** (même si le contrat est très bref) au départ en vacances, pour des raisons d'assurance et de responsabilités.

Dans une **volonté de transparence**, ce document contractuel peut préciser le reste à charge pour l'utilisateur et préciser que, si les départs se font en couple, les aidants restent responsables des aidés.

Reste à charge pour les participants

S'il est légitime que les séjours ne soient pas entièrement gratuits, le reste à charge ne devrait pas dépasser le **coût d'un départ en vacances ordinaires ou le coût d'un séjour en maison de retraite**. Cependant, les sommes restant à la charge des usagers dépendent de la capacité de la structure à mobiliser des financements pour l'atténuer (soit des fonds propres, soit des subventions extérieures).

Ainsi, un mécanisme de **tarification sociale** peut être mis en place pour faciliter le départ des personnes qui ont peu de moyens : modulation des prix en fonction des revenus, mise en place au sein de la structure d'une caisse de solidarité, recours aux chèques vacances. En effet, les chèques vacances sont délivrés sous conditions de ressources et permettent d'atténuer le coût du départ en vacances pour les participants non imposables, si la structure s'inscrit dans le cadre de l'appel à projet « Séniors en vacances » de l'ANCV.



La **solvabilisation** des usagers par le biais de l'APA ou de la PCH n'est pas possible aujourd'hui, sauf dans le cas d'un transfert de l'APA pour une durée limitée (cf. *supra*).

Les activités sociales, culturelles et de loisirs pour le couple aidant-aidé

AVANT DE SE LANCER : LES QUESTIONS À SE POSER	92
De quoi s'agit-il ?.....	92
Pour qui ?.....	92
Pour quoi ?.....	92
Qui ?	93
SE LANCER : ÉTAPES À SUIVRE ET APPUIS NÉCESSAIRES	95
Comment ?	95
Bien s'entourer dès le démarrage	96
Les partenaires opérationnels.....	96
Les partenaires financiers	97
Les partenaires institutionnels	98
DÉFINIR SA PRESTATION ET SE Doter DES MOYENS NÉCESSAIRES	100
Quelle prestation ?.....	100
La nature de la prestation	100
L'adaptation de la prestation	101
Avec quels moyens humains ?	105
Le personnel d'intervention	105
Le recours aux bénévoles.....	107
Le personnel d'encadrement	108
Avec quels moyens matériels et outils ?	109
Le matériel et les locaux.....	109
Les outils de l'intervenant.....	109
A quel coût ?	110
MODALITÉS DE FACTURATION ET DE CONTRACTUALISATION AVEC L'USAGER	111

AVANT DE SE LANCER : LES QUESTIONS À SE POSER

De quoi s’agit-il ?

Les activités sociales, culturelles et de loisirs consistent à proposer aux malades et/ou aux aidants des activités collectives quelques heures par semaine afin de faciliter le maintien à domicile de la personne malade et de permettre à l’aidant un moment de répit. Il peut s’agir d’ateliers d’expression artistique (collage, peinture, modelage...), d’activité physique, de sorties culturelles (au musée par exemple), d’ateliers de stimulation cognitive, d’art-thérapie...

Ces activités peuvent avoir lieu de manière ponctuelle ou régulière. Ces activités font l’objet d’une prestation particulière et adaptée dont les objectifs et les conditions de déroulement seront spécifiques à ce public et encadrée par des professionnels formés à ce type d’accompagnement.

Pour qui ?

Les activités s’adressent à toute personne atteinte de la maladie d’Alzheimer, à son aidant, voire au couple ou à la dyade aidant-aidé. Des aidants et des malades peuvent par ailleurs se côtoyer au cours de ces activités sans être des « couples ». Les activités s’adressent généralement à des personnes vivant à domicile.

Pour quoi ?

Les activités sociales, culturelles et de loisirs contribuent au maintien du lien social, au répit des aidants, et ainsi à la qualité de vie à domicile. Elles se différencient d’activités d’animation ou d’ateliers occupationnels tels que l’on peut en trouver dans le droit commun, au sein de maisons de quartier par exemple, car elles sont adaptées aux personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer. Elles se distinguent aussi de ces activités proposées en maisons de retraite, en centre ou accueil de

jour, en ce qu'elles se déroulent en dehors d'institutions sanitaires ou médico-sociales, dans des lieux plus ordinaires.

La participation à une activité sociale, culturelle ou de loisirs peut permettre :

- **De lutter contre l'isolement social** des personnes fragilisées (malades et aidants), par la sortie de chez soi et par les rencontres qu'elle permet.
- **D'offrir aux personnes malades une source de bien-être psychique** (par la valorisation de la personne, l'interaction avec d'autres), **et/ou physique** (lors d'une activité de gymnastique douce ou de relaxation par exemple)
- **D'offrir du répit** et de soulager les aidants quelques heures par semaine, soit qu'ils aient du temps pour eux pendant que leur proche participe à l'activité, soit qu'ils y participent eux-mêmes.
- **De favoriser l'inscription de l'aidant dans un parcours de répit** dont les activités sociales, culturelles ou de loisirs sont susceptibles d'être une porte d'entrée.
- **D'améliorer la relation entre l'aidant et l'aidé**, par la présence de tiers qui rompent le sentiment d'enfermement, et en faisant évoluer le regard de chacun sur soi et sur l'autre

Qui ?

Au regard de la diversité que recouvrent les activités sociales, culturelles et de loisirs, des structures variées peuvent développer ce type de projet : des établissements et services médico-sociaux, des associations, des centres sociaux... En pratique, **c'est n'est pas le statut juridique de la structure porteuse qui prime mais son cœur de métier**. Deux types de structures sont ainsi susceptibles de développer ces activités :

- Celles dont les activités sociales ou de loisirs sont le cœur de métier initial et qui adaptent leurs ateliers aux malades (par exemple un centre social dont les activités s'adressent à tout public et qui prendrait en compte les difficultés rencontrées par des personnes malades en adaptant le rythme et le niveau de difficulté des ateliers)

- Celles qui sont spécialisées dans l'accompagnement de ce public et qui ajoutent des activités sociales, culturelles ou de loisirs à leur offre d'accompagnement pour les malades et les aidants (par exemple une association spécialisée dans l'accueil et l'accompagnement des malades d'Alzheimer et de leurs familles développant un atelier pour les malades afin de soulager l'aidant quelques heures par semaine)

Quelle que soit sa nature, il est recommandé que la structure porteuse présente certaines caractéristiques:

- **Bénéficier d'une bonne visibilité auprès des habitants et des partenaires :** s'inscrire dans un réseau de proximité afin de toucher un public de proximité et d'associer des partenaires au repérage et à l'orientation de bénéficiaires vers les ateliers.
- **S'inscrire en cohérence et en complémentarité avec l'offre de répit sur le territoire :** les initiatives peuvent être nombreuses sur un territoire donc il s'agit de bien répertorier l'offre en amont de la mise en œuvre de la prestation (→ Voir Fiche Technique Etude de Besoins, p.114) afin de ne pas être redondant.
- **Témoigner d'une compétence gestionnaire et organisationnelle** (capacité à assumer le rôle d'employeur, de formation, de gestion de budget...)
- **Organiser l'activité dans un lieu sans connotation sanitaire ou médico-sociale** (un lieu non synonyme de perte d'autonomie ou de maladie) : ce critère de « normalité » est particulièrement important dans le cas où le malade est à un stade peu avancé de la maladie ou s'il est dans le déni de la maladie.

SE LANCER : ÉTAPES À SUIVRE ET APPUIS NÉCESSAIRES

Comment ?

Le montage de projet répond à quelques étapes proposées ci-dessous. Ce déroulé n'est pas nécessairement chronologique, différentes étapes peuvent être menées simultanément.

- **Etude de besoins** : il est recommandé de la réaliser avant les étapes suivantes (→ Voir Fiche Technique Etude de Besoins, p. 114)
- **Recensement des bons interlocuteurs** sur le territoire susceptibles de constituer des partenaires opérationnels, financiers, ou des soutiens « symboliques ». Ces partenaires peuvent être associés au projet dès son démarrage : dans la réalisation de l'étude des besoins, pour la campagne de communication, etc.
- **Définition des bases organisationnelles et opérationnelles du projet** : définition et formalisation des **objectifs** de l'activité ou de l'atelier (éventuellement avec les partenaires), du **format** du projet (territoire de référence, profil des professionnels, repérage des adaptations nécessaires, public cible...).
- **Présentation et validation du projet** et de ses implications (articulation avec le projet de service ou projet associatif, investissements financiers nécessaires, risques encourus...) aux des instances de gouvernance de la structure porteuse (conseil d'administration...).
- **Communication sur le projet** et diffusion de supports par le biais des partenaires opérationnels identifiés, des réseaux de professionnels prescripteurs, des services intervenant au domicile, des financeurs, des canaux traditionnels (presse locale, affiches, plaquettes...) (→ Voir « Avec quels moyens matériels et outils ? » p.109).
- **Recrutement de personnel** en adéquation avec l'activité prévisionnelle et en restant prudent sur les effectifs au regard du rythme potentiellement lent de montée en charge de la prestation (→ Voir « Avec quels moyens humains ? » p.105).
- **Mise en place du projet** et ajustement si besoin *au fil de l'eau* de l'organisation (horaire, durée, fréquence de la prestation), du nombre

d'intervenants (notamment en cas de multiplication du nombre d'ateliers) et du contenu de la prestation lors de la montée en charge.

- **Evaluation de la satisfaction des usagers** sous forme de questionnaire remis à la fin d'une session d'activité par exemple. Une analyse des résultats et leur formalisation est nécessaire pour identifier des points d'amélioration et confronter ces résultats à ceux de l'enquête suivante.

Bien s'entourer dès le démarrage

Les partenaires opérationnels

Les partenaires opérationnels contribueront au fonctionnement quotidien du service ou à le faire connaître. Au regard de la diversité des activités pouvant être proposées, ces partenaires peuvent s'inscrire :

- Dans le secteur social : centres sociaux, CCAS et CLIC du territoire, assistantes sociales de secteur du Conseil général, associations de quartier...
- Dans le secteur sanitaire : professionnels de santé et paramédicaux (médecins traitants, neurologues, orthophonistes, neuropsychologues...), centres mémoire
- Dans le secteur médico-social : services d'aide à domicile voisins, services de soins infirmiers à domicile, organismes médico-sociaux du territoire, structures de coordination gériatrique, plateformes de répit
- Dans le secteur culturel : établissements culturels, associations, centres culturels, artistes indépendants...
- Les associations de personnes âgées/malades et de leurs familles

Il est utile d'identifier et de, consulter, voire d'impliquer au moins quelques-uns de ces partenaires, des différents secteurs, dans l'élaboration du projet dès la phase d'étude des besoins afin d'inscrire les ateliers dans un réseau. En effet les partenaires pourront :

- **Repérer en amont des aidants** dont les troubles du proche viennent de faire l'objet d'un diagnostic (centres hospitaliers, centres mémoire, neurologues libéraux...), et des aidants en situation difficile au domicile (service

d'accompagnement et d'aide à domicile, service de soins infirmiers à domicile, médecins de ville)

- **Orienter les bénéficiaires:** tous les partenaires sont autant de canaux de « prescription » ou d'orientation vers les activités

Et cette inscription dans un réseau facilitera la coordination entre professionnels et la mutualisation éventuelle de moyens matériels, humains ou de locaux. Elle permettra à la structure :

- **De proposer des alternatives** au couple aidant-aidé quand l'activité devient difficile à suivre par la personne malade (par exemple accompagner les familles vers une solution en accueil de jour)
- **De s'inscrire en complémentarité avec les différentes offres** du territoire afin d'éviter de proposer une offre concurrente ou redondante sur un territoire...et éviter qu'elle soit perçue comme telle
- **De communiquer** sur le projet avec l'aide des autres acteurs du territoire.

Les partenaires financiers

A ce jour, les modalités de financement des activités sociales, culturelles et de loisirs sont peu pérennes et les sources de financement sont hétérogènes. Les structures ont généralement recours à des **subventions** sollicitées auprès de nombreux financeurs et qui n'ont pas de caractère pérenne. Le service s'appuiera donc utilement sur des partenaires financiers pour des aides au démarrage ou pour des appuis ponctuels dans le cadre d'appels à projets par exemple (sur lesquels une veille doit être faite par la structure).

- Exemples de **financeurs à solliciter** : Conseils régionaux et communes, notamment dans le cadre du soutien aux actions de médiation culturelle, Conseils généraux (subventions au titre de la diversification de l'offre de répit par exemple), caisses de retraite complémentaire au titre de la prévention (Réunica, Prémalliance, Humanis), Fondations d'entreprises, clubs de services, mécènes...



Veiller à maintenir une diversité des sources de financement et équilibrer la part des financeurs privés et publics. Le recours au mécénat constitue une source potentielle de financements intéressants, à condition que le projet de la structure et celui du mécène soient suffisamment proches et cohérents.

- Exemples de charges qui peuvent être couvertes par des financements ponctuels : un **poste d'ingénierie** pour le lancement du projet et les **investissements de départ** comme les achats des matériels, les adaptations de locaux, la prise en charge de l'évaluation, les postes informatiques, les formations spécifiques...



Penser à solliciter l'appui des collectivités locales, notamment des communes. Si elles ne financent pas directement l'activité sous forme de subventions, elles peuvent mettre à disposition des salles qui présentent l'avantage d'être « ordinaires » et intégrées à la cité (maisons de quartier, par exemple).

Par ailleurs, il peut être utile d'articuler la prestation d'activités sociales, culturelles et de loisirs avec les objectifs de la collectivité (par exemple le schéma gérontologique départemental ou la politique municipale en faveur des « Séniors ») pour faciliter l'obtention de financements.

Les partenaires institutionnels

Les partenaires institutionnels peuvent apporter des soutiens plus « symboliques » contribuant à la légitimité de l'activité. Ils peuvent être des acteurs politiques locaux, des grandes associations d'usagers ou des têtes de réseaux locaux. Il semble important de leur présenter le projet et **d'obtenir leur approbation et leur reconnaissance** : le projet bénéficiera plus facilement d'une crédibilité et d'une visibilité s'ils le soutiennent et s'en font les relais en termes de communication.

Par exemple, l'appui de personnalités locales peut favoriser la publication d'un article dans la presse locale, l'accès à des espaces de communications réservés ou encore, leur présence lors de la mise en place du premier atelier ou autre événement que la structure organise peut permettre d'attirer les médias et de relayer l'information de manière plus efficace.

DÉFINIR SA PRESTATION ET SE Doter DES MOYENS NÉCESSAIRES

Quelle prestation ?

La nature de la prestation

Le contenu des activités sociales, culturelles et de loisirs dépend à la fois :

- **De la nature de la structure porteuse** : proposait-elle initialement des activités sociales, culturelles et de loisirs qu'elle a ouverts à la participation des malades d'Alzheimer et/ou de leur aidant ? Ou bien l'activité est-elle spécifiquement conçue et adaptée pour ce public ?
- **Des objectifs qu'elle vise et de leur hiérarchisation** : objectifs préventifs, de loisirs, accompagnement des aidants, autonomisation et valorisation du malade, mieux-être et amélioration de la qualité de la vie, maintien de la communication...

Il pourra s'agir d'ateliers d'expression artistique, de loisirs créatifs, d'une activité sportive, d'une écoute musicale, de sorties culturelles...

Ainsi, ce qui fait que ces ateliers sont spécifiques et constituent une prestation de répit et de soutien tient plutôt au type *d'accompagnement* proposé pour ce public fragilisé et à une *adaptation* des activités. Cela repose sur :

- Une attention *individualisée* portée à la personne malade et la possibilité de l'accompagner de façon proche et spécifique
- Une adaptation *en continu* des activités ou des modalités d'animation en fonction de l'évolution des membres du groupe et de sa composition (cf. *infra*)
- Une sensibilisation des autres participants (si les groupes sont mixtes) visant à faciliter l'intégration des personnes malades au groupe



Les expériences étudiées incitent à mettre en exergue un conseil et un point d'attention concernant la nature de la prestation :

- Bannir les activités présentant une trop grande complexité ou des objectifs de performance, de production, d'apprentissage et de technicité, afin de ne pas mettre en échec les personnes.
- Proposer une activité culturelle ou de loisirs que la personne a pratiquée dans le passé peut favoriser une certaine réminiscence, mais présente le aussi le risque de conduire la personne malade et son aidant à mesurer les difficultés et la perte de capacités et entraîner une dévalorisation ou un sentiment d'échec.

Quel que soit le contenu de la prestation, il convient de veiller au respect des choix et des goûts de la personne et de s'y adapter afin de privilégier toujours la notion de plaisir inhérente aux loisirs. Le respect du rythme de la personne constitue également une condition de réussite, d'adhésion et de pérennité de l'action. Il nécessite une adaptation (possibilités de pause, de sortie de l'atelier) et une flexibilité de la part des professionnels (→ Voir « Avec quels moyens humains ? » p.105).



Le choix de l'activité peut être freiné par la réticence de l'aidant à la participation de son proche : il faut toujours **encourager un premier essai** et ne pas exiger d'engagement à long terme dès la première séance.

L'adaptation de la prestation

La réussite de la mise en place d'activités sociales, culturelles ou de loisir pour les malades d'Alzheimer réside dans la flexibilité dont sauront témoigner la structure, le projet et les professionnels. **Les objectifs d'inclusion sociale et de (re)socialisation attachés à cette prestation de répit rendent nécessaire une adaptation des ateliers**, notamment lorsque ces derniers s'adressent également à un public dit « de droit commun ».

Suivant les structures, cette adaptation consiste à :

- Sélectionner, parmi le panel d'activités proposées (par un centre culturel ou un centre social, par exemple), des activités en adéquation avec le public

cible (selon les horaires, la dangerosité des outils, le niveau d'exigence de l'activité, les conditions d'accueil...)

- Favoriser l'adaptation des professionnels à la situation de la personne, notamment par de la formation (initiale ou continue) du personnel encadrant les activités
- Prendre en compte les contraintes de l'environnement et faire en sorte de les adapter (par exemple les conditions d'accessibilité des bâtiments ou des salles)
- Anticiper la gestion de situations difficiles et penser en amont leur réponse (par exemple la sortie d'une personne à cause de troubles du comportement importants)

Concrètement, il est conseillé :

- De **limiter la durée d'un atelier**, d'une visite ou d'une activité à **1h30**
- D'adapter le **moment de l'atelier**, de la visite ou de l'activité : **le début d'après-midi** semble être le moment le plus propice pour la stimulation et la concentration des personnes
- De **prévoir des temps de pause** conséquents au cours de l'atelier, de la visite ou de l'activité
- De **prévoir du matériel adapté** participant au **confort** de l'activité (par exemple des fauteuils adaptés) et à la sécurité des personnes (pas d'objets tranchants, par exemple)
- De **créer des conditions d'accueil conviviales** pour faciliter l'inclusion dans le groupe et limiter l'anxiété de la personne malade et son aidant : lieu chaleureux, moment de collation, accueil par un professionnel mettant en confiance...
- **D'anticiper les modalités de sortie de l'activité**, lorsque celle-ci devient trop difficile à suivre :
 - En repérant des structures d'accueil ou des services de maintien à domicile vers lequel l'aidant pourrait être orienté

- En laissant le temps à l'aidant de trouver une solution d'accompagnement donc en anticipant cette sortie



La mise en place d'un transport du domicile des bénéficiaires au lieu de l'activité et sa prise en charge par la structure constituent un élément très appréciable pour les aidants, pouvant faire varier le nombre de participants : la prise en compte de cette problématique est donc un facteur de réussite.



Attention, en adaptant les activités, à éviter deux écueils :

- Une trop forte adaptation peut conduire les personnes « valides » à quitter l'atelier
- Une trop faible adaptation peut conduire à exclure les personnes malades ou à empêcher de les inclure



Pour assurer la pérennité d'un atelier, la structure porteuse doit constamment permettre au projet et à l'accompagnement d'évoluer en fonction du public accueilli, du degré de mixité, de l'avancement de la maladie des participants et de la taille du groupe.

Les critères d'inclusion

Les activités sociales, culturelles et de loisirs peuvent s'adresser, de façon conjointe ou séparément aux malades, aux aidants, et aux personnes non concernées par la maladie (dans le cadre de groupes mixtes)... Ces différentes configurations de groupe impliquent des modalités spécifiques d'inclusion dans le groupe et de gestion du collectif.

- Pour les groupes composés uniquement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, il est conseillé de composer des groupes homogènes en termes de niveau d'avancement de la maladie. Toutefois, un groupe de taille restreinte permet une individualisation de l'accompagnement malgré l'hétérogénéité des profils.

- Pour les groupes mixtes (personnes malades et personnes non malades, surtout quand il ne s'agit pas de couples aidant-aidé), il faut veiller à ce que les personnes malades ne déstabilisent pas le groupe en raison de son comportement. Si tel est le cas, il faut pouvoir proposer à la personne de sortir et l'accompagner (cf. *supra*).



Les expériences précédentes ont révélé que **la présence de l'aidant pendant le déroulement d'une activité** à laquelle participe le malade, si elle était initialement envisagée pour mettre en confiance la personne malade et contribuer à améliorer la relation aidant-aidé, pouvait présenter certains **inconconvénients ou risques** :

- La participation du proche malade est généralement plus faible (une tendance à moins participer et à s'en remettre systématiquement à l'aidant en se détournant du groupe ou de l'animateur).
- L'aidant peut adopter un discours de dévalorisation et se situer dans une évaluation permanente des réactions et des propos du malade.
- Des effets délétères sur le moral de l'aidant ont également été constatés car il a pu être confronté aux maladresses ou aux incapacités de son proche. Ces effets ont pu être augmentés par un sentiment de honte lié au contexte collectif du groupe.

Toutefois, **la prestation doit s'adresser au couple aidant-aidé**, que l'aidant soit inclus ou non dans l'activité car il est le premier destinataire de la prestation de répit et car l'inclure dans un premier temps peut permettre de gagner sa confiance. Il faut ainsi :

- Prévoir des modalités d'accompagnement de l'aidant, être en mesure de le réorienter et de lui proposer d'autres types d'aide
- Impliquer l'aidant dans la démarche qui concerne son proche (par exemple en lui faisant le récit de ce qui se passe en atelier)

Avec quels moyens humains ?

Le personnel d'intervention

Les intervenants proposant des activités sociales, culturelles et de loisirs peuvent avoir des formations, des parcours professionnels et des métiers de base différents. La formation initiale des intervenants peut être :

- **Artistique ou d'animation** : ils ont alors complété leurs connaissances et leur savoir-faire par une formation ou une spécialisation sur la maladie d'Alzheimer (par exemple, un artiste ou un animateur de centre social)
- **A la fois centrée sur l'art et sur le soin** (par exemple, un art-thérapeute ou un musicothérapeute)
- **Paramédicale** sans lien avec l'art ou le loisir (par exemple, un ergothérapeute ou un neuropsychologue)

Les activités peuvent être animées ou encadrées par un ou plusieurs professionnels. Quel que soit sa formation, **l'intervenant doit toutefois maîtriser des compétences et des savoir-faire** dans l'optique d'une prise en charge adaptée au public des personnes malades d'Alzheimer :

- La connaissance de la maladie, permettant d'entrer en communication avec la personne malade, de comprendre son comportement et ses réactions et de mesurer la façon dont l'activité envisagée peut convenir ou non à des personnes malades
- La compétence d'accompagnement : capacité à rassurer la personne, à l'orienter dans l'activité, à éviter la mise en échec, à susciter de la communication (verbale ou non verbale), à associer l'aidant à la démarche...
- La capacité à accueillir et écouter les personnes, à comprendre et analyser des situations, à décrypter la relation aidant-aidé, à réorienter...

En fonction de sa formation, l'intervenant poursuivra des objectifs différents au cours de l'activité. Par exemple, une activité gymnastique douce mise en œuvre par un animateur aura des objectifs centrés sur la détente et le lien social. La même activité mise en œuvre par un psychomotricien sera davantage centrée sur

des objectifs liés aux sensations corporelles et au bien être psychique et physique¹².



La seule compétence technique ou artistique ne suffit pas au professionnel pour animer une activité dont le public est constitué, en partie ou en totalité, de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. La plus-value de la prestation réside dans la spécificité de l'accompagnement proposé et dans la mise en relation du malade avec le groupe.



La présence, au sein de la structure, d'un professionnel de l'accompagnement social (assistante sociale, conseillère en économie sociale et familiale...), voire d'un psychologue, constitue un atout pour l'accueil des personnes malades et des aidants, de par la qualité de l'écoute et la capacité à les conseiller, et si besoin à les réorienter.

Il est nécessaire de **former les professionnels à la maladie d'Alzheimer et aux modes de communication avec les personnes malades**, notamment pour ceux dont l'accompagnement n'est pas le métier initial.



Afin d'être utile aux professionnels non familiarisés avec l'accompagnement des malades d'Alzheimer, **la formation devra être aussi concrète et pratique que possible** : les exercices de mises en situation et l'analyse de cas concrets sont souvent plus pertinents qu'une formation théorique sur la maladie.

Il est également conseillé de prévoir un accompagnement des professionnels dans la confrontation à la maladie, et dans l'analyse de leurs pratiques. Ainsi, sans aller obligatoirement jusqu'à une supervision formelle, il est important que les intervenants puissent bénéficier de conseils pratiques concernant l'accompagnement et la prise en charge des malades : ces conseils peuvent être prodigués par un membre de l'équipe ou un professionnel extérieur à la structure

¹² Source : ANESM

et appartenant au réseau. **L'isolement du professionnel peut comporter des risques alors que son intégration dans une équipe élargie et pluridisciplinaire sera un facteur de qualité d'accompagnement.**

La rémunération des intervenants pour les ateliers dépend de leur statut : ils peuvent être salariés de la structure ou prestataires en intervenant ponctuellement au sein de la structure pour animer l'activité. Dans un premier temps, **il peut être conseillé de rémunérer les interventions ponctuelles sous forme de prestations de service**, sur facture, par exemple. **Les contrats à durée indéterminée, y compris à temps très partiel pour des prestations de quelques heures par semaine**, constituent une solution préférable en termes de qualité de l'emploi, mais doivent rester compatibles avec la visibilité dont dispose la structure sur ses financements.

Le recours aux bénévoles

Dans le cadre d'une prestation d'activités sociales, culturelles ou de loisirs, **le recours au bénévolat dans la mise en œuvre de l'atelier et l'accompagnement des personnes peut être envisagé**. Le rôle des bénévoles peut différer d'une activité à l'autre mais ils peuvent par exemple participer au transport des bénéficiaires de leur domicile au lieu d'activité, accompagner les personnes dans la réalisation d'une production artistique, participer à l'animation de l'atelier (par exemple en jouant d'un instrument de musique) ou encore prendre le temps d'accompagner individuellement une personne ayant besoin de s'isoler du reste du groupe.



Quelques précautions sont à prendre, lors de la rédaction du projet et de sa mise en place, quant à la participation des bénévoles à l'activité :

- Les bénévoles doivent être encadrés par des professionnels et leur rôle doit être délimité
- Ils doivent avoir été formés à l'accompagnement des personnes malades d'Alzheimer

Le personnel d'encadrement

Le professionnel intervenant lors d'une activité sociale, culturelle ou de loisirs doit être en mesure de s'appuyer sur un personnel d'encadrement. Le rôle de ce dernier peut consister à :

- Communiquer et faire connaître le projet
- Associer les partenaires et développer le réseau
- Rechercher des financements et solliciter des appuis
- Organiser la prestation : recherche de locaux, élaboration des plannings, recrutement de bénéficiaires...
- Encadrer la pratique des intervenants : écoute, temps d'échange, voire supervision
- Garantir la qualité de la prestation en étant à l'écoute des remarques des bénéficiaires, en se portant garant du projet et de ses objectifs, en impulsant des adaptations de l'activité lorsque nécessaire...
- Evaluer la prestation : mise en place de questionnaire de satisfaction, suivi de la fréquentation de l'atelier, suivi de l'impact de la participation à l'atelier sur l'état des personnes...

Avec quels moyens matériels et outils ?

Le matériel et les locaux

Le matériel à utiliser comme support à la prestation dépend du contenu de celle-ci : instruments de musique, argile, peinture, ustensiles de cuisine, tapis de sol... En tout état de cause, **ce matériel doit être adapté, non dangereux et simple d'utilisation** afin de réunir des conditions de sécurité et de non-technicité. La structure veillera à prévoir un poste budgétaire pour l'achat et le renouvellement du matériel.

Concernant les locaux accueillant le cas échéant l'activité, il est conseillé au porteur de projet :

- De disposer d'une salle exclusivement affectée à l'activité pendant son déroulement, qu'elle soit propre à la structure ou qu'elle lui soit prêtée
- **De pouvoir adapter ces locaux** (au regard de critères d'accessibilité, de confort et de sécurité)
- Si possible, **de disposer d'une salle supplémentaire** pour permettre aux personnes ayant besoin de repos ou d'un accompagnement individualisé de s'isoler temporairement du groupe

Les outils de l'intervenant

Dans la mesure où il s'agit d'une prestation spécifique s'adressant à un public de personnes malades et/ou en perte d'autonomie, **le professionnel doit disposer d'outils de recueil d'informations, de suivi des bénéficiaires, de communication avec l'aidant et d'évaluation de la prestation.**

- Outils de recueil de données : ce document permet de compiler des informations sur le malade (son état de santé, ses limites physiques et cognitives, ses goûts, ses pratiques antérieures...) et sur l'aidant. Il est généralement renseigné lors des premières rencontres avec le couple en amont de la participation à l'activité. Outre les informations pratiques habituelles (informations personnelles, adresse, personne à prévenir en cas

d'urgence...), il peut permettre de consigner les observations sur les adaptations à faire.

- Outil de recueil des observations des professionnels : il est conseillé à l'intervenant de disposer de fiches de suivi individuel pour être en mesure de noter, à chaque séance, des informations sur la personne malade (humeur, degré de participation et de communication, état de fatigue, niveau de concentration, événement marquant...). Cet outil permet également au professionnel de prendre du recul sur sa pratique.
- Outil de communication avec l'aidant ou d'implication de celui-ci : au-delà d'un retour oral et informel sur le déroulement de l'atelier à l'aidant, il est souhaitable de formaliser un document retraçant le parcours du malade, son intégration et son inscription dans le groupe, son évolution, ses productions... afin de valoriser sa participation à l'activité.



Un outil de recueil des observations des professionnels bien élaboré et partagé entre les différents intervenants pourra servir de support à l'évaluation globale de la prestation et au document remis à l'aidant.

A quel coût ?

Les coûts de revient sont très hétérogènes au regard de la diversité de contenu des activités qui peuvent être proposées. Ils vont de 10 à 200 € par séance et par personne et sont composés essentiellement de charges de personnel. L'une des variables se situe dans l'existence ou non d'un accompagnement des personnes malades et des aidants (accueil, écoute, soutien, conseil...) en dehors des seules séances d'activités ou de sorties, qui impacte les coûts de revient.

MODALITÉS DE FACTURATION ET DE CONTRACTUALISATION AVEC L'USAGER

Au regard de la réticence des aidants à se faire aider et du caractère « non prioritaire » que peut recouvrir à leurs yeux ce type d'activités, l'offre proposée doit présenter le moins de freins possibles, notamment financiers. La participation à ce type de prestation de répit permet à l'aidant et au malade de sortir d'un isolement et éventuellement de cheminer vers d'autres prestations de répit.

D'après les expériences, **la gratuité est souvent privilégiée** par les opérateurs : elle répond à une logique de démocratisation et d'accessibilité, voire constitue une condition de recours à la prestation. Pour autant, **la mise en place d'un reste à charge est également possible**, notamment pour des activités à destination de groupes mixtes pour lesquelles les personnes non malades payent un reste à charge comme les autres participants.



En cas de participation financière, il est recommandé de proposer une première séance gratuite, puis un tarif à la séance, afin de réduire les montants demandés et d'éviter la notion d'engagement induite par un abonnement à l'année par exemple.

Fiches techniques

Introduction	3
Mode d'emploi du guide pratique	6
Sommaire.....	9
Le répit à domicile.....	11
AVANT DE SE LANCER : LES QUESTIONS À SE POSER	12
SE LANCER : ÉTAPES À SUIVRE ET APPUIS NÉCESSAIRES	17
DÉFINIR SA PRESTATION ET SE Doter DES MOYENS NÉCESSAIRES	21
MODALITÉS DE FACTURATION ET DE CONTRACTUALISATION AVEC L'USAGER.....	39
La garde itinérante de nuit	42
AVANT DE SE LANCER : LES QUESTIONS À SE POSER	43
SE LANCER : ÉTAPES À SUIVRE ET APPUIS NÉCESSAIRES	46
DÉFINIR SA PRESTATION ET SE Doter DES MOYENS NÉCESSAIRES	51
MODALITÉS DE FACTURATION ET DE CONTRACTUALISATION AVEC L'USAGER.....	63
Les séjours de vacances pour les personnes malades et les aidants.....	65
AVANT DE SE LANCER : LES QUESTIONS À SE POSER	66
SE LANCER : ÉTAPES À SUIVRE ET APPUIS NÉCESSAIRES	69
DÉFINIR SA PRESTATION ET SE Doter DES MOYENS NÉCESSAIRES	75
MODALITÉS DE FACTURATION ET DE CONTRACTUALISATION AVEC L'USAGER.....	89
Les activités sociales, culturelles et de loisirs pour le couple aidant-aidé.....	91
AVANT DE SE LANCER : LES QUESTIONS À SE POSER	92
SE LANCER : ÉTAPES À SUIVRE ET APPUIS NÉCESSAIRES	95
DÉFINIR SA PRESTATION ET SE Doter DES MOYENS NÉCESSAIRES	100
MODALITÉS DE FACTURATION ET DE CONTRACTUALISATION AVEC L'USAGER.....	111
Fiches techniques.....	113
RÉALISER UNE ÉTUDE DE BESOINS	114
ORGANISER LE TRAVAIL EN CONTINU	118
ORGANISER LE TRAVAIL DE NUIT	122
Remerciements	130

RÉALISER UNE ÉTUDE DE BESOINS

L'étude de besoins préalable à la mise en œuvre d'un projet poursuit deux objectifs :

- **Déterminer la pertinence du projet** : intérêt pour le projet partagé par les autres acteurs locaux des secteurs médico-social, social, et sanitaire, nombre suffisant de personnes qui expriment un besoin, confirmation que ce besoin n'est pas encore couvert...
- **Fournir des éléments d'aide à la décision** concernant le contenu de la prestation à mettre en place : territoire d'intervention, nature de la prestation, fréquence, durée...

Une étude de besoins s'attachera donc à cerner les attentes des potentiels bénéficiaires et à identifier dans quelle mesure l'offre actuelle répond partiellement ou insuffisamment à ces attentes.



Une étape incontournable

Cet exercice représente un investissement en temps important mais conditionne la réussite du projet, sa viabilité et l'adéquation des moyens avec l'activité prévisionnelle. Cette étape ne doit en aucun cas être négligée.

Lorsqu'un projet est monté en réponse à un appel à projets, il est possible que le cahier des charges précise déjà la nature du besoin. Mais il se peut que cette étude soit plus globale, ou que l'appel à projet laisse relativement ouvert le type de structures pouvant répondre aux besoins (appels à projet pour des dispositifs innovants par exemple). Dans ce cas, une étude approfondie par le porteur de projet reste pertinente.

Il n'y a pas de méthodologie unique pour réaliser une étude de besoins. Il est cependant conseillé de recueillir **des informations d'ordre quantitatif et qualitatif**.

Recueil d'informations quantitatives

Si une simple accumulation de statistiques concernant la population du territoire n'est pas suffisante, il est conseillé de recueillir et d'analyser quelques éléments chiffrés essentiels concernant : la population âgée du territoire (INSEE), le nombre de bénéficiaires de l'APA (par GIR et répartis entre domicile et établissement, source Conseil général), les revenus moyens des foyers âgés (INSEE et DGI), la composition des foyers (part des personnes âgées vivant seules), les projections démographiques éventuellement réalisées à l'échelle de la région ou du département (INSEE), les taux d'équipement en établissements d'hébergement et en services de soins infirmiers à domicile, les données épidémiologiques (PAQUID, ORS, Enquête Handicap-Santé). Les analyses de besoins sociaux ou études menées par les CCAS ou d'autres organismes peuvent être des sources utiles. Ces données permettront d'évaluer le profil de la population cible, et fourniront une première approche de l'offre sur le territoire.

Le schéma gérontologique du département, le schéma régional d'organisation des soins, le plan stratégique régional de santé constitueront une source d'information potentiellement utile.

Recueil d'informations qualitatives

L'étude de besoins devra nécessairement compléter et éclairer les données quantitatives par des éléments plus qualitatifs. Il s'agit principalement de consulter les acteurs locaux du secteur social, médico-social et sanitaire, et d'interroger la population cible.

Dans un premier temps, il s'agit de **recenser les acteurs locaux pouvant constituer des interlocuteurs pertinents**. La liste sera différente selon les territoires et les activités, mais il sera souvent pertinent de se tourner vers les interlocuteurs suivants (liste *non exhaustive*) :

- les services d'aide à domicile, les services de soins infirmiers à domicile
- les équipes médico-sociales du Conseil général éventuellement présentes sur les territoires infra-départementaux

- les professionnels de santé exerçant en libéral, les médecins généralistes, les médecins spécialistes des centres hospitaliers, les consultations mémoire
- les réseaux de santé gériatrique et les réseaux de soins plus généralement
- les établissements médico-sociaux du territoire
- les CLIC et les structures de coordination gériatrique
- les CCAS et les mairies
- les caisses de retraite de base (notamment la MSA) et complémentaire
- les plateformes de répit, les MAIA, sur les territoires où elles sont implantées
- les associations de personnes âgées/malades et de leurs familles

Une fois identifiés, ceux-ci **peuvent être consultés de plusieurs façons quant à la nature du besoin à couvrir et à la pertinence du projet à leurs yeux**. Un entretien collectif peut être organisé avec les différentes structures d'activité similaire et/ou complémentaire. Des entretiens individuels téléphoniques ou physiques peuvent être menés. Enfin, un courrier avec un questionnaire ou une invitation à discuter du projet peut leur être envoyé.

Cette consultation peut être le moyen **d'engager des partenariats** et de construire des réponses cohérentes et articulées aux besoins des personnes.

Les potentiels bénéficiaires du projet peuvent aussi être interrogés de façon à compléter l'étude de besoins. Cette consultation peut passer par l'envoi d'un questionnaire aux usagers déjà connus de la structure porteuse (envoyé par voie postale avec leur facture par exemple). Un questionnaire peut également être envoyé à tous les bénéficiaires de l'APA sur le territoire visé (et éventuellement un ciblage par GIR en fonction du projet) avec l'aide du Conseil Général ou du CLIC. Les acteurs locaux partenaires de la structure peuvent aussi contribuer à diffuser ce questionnaire.



Poser des questions précises

Dès l'étude de besoins, il est important de **qualifier la demande** pour obtenir des informations les plus précises possible.

Il ne faut ne pas se contenter de demander si tel service paraît pertinent et répond à un besoin non couvert pour la personne. Au contraire, il faut aller plus loin et interroger le public cible sur la nature de la demande : combien de fois aurait-il recours au service ? Pour combien de temps ? A quelle fréquence ? A quelles conditions ? Dans quel objectif ? Avec quels bénéfices attendus ? etc.



Il est conseillé de **formaliser les résultats** de l'étude de besoins, afin de pouvoir s'en servir à l'appui d'une demande de financements, de soutien ou de reconnaissance officielle du projet.

ORGANISER LE TRAVAIL EN CONTINU

Deux des quatre formules de répit étudiées sont susceptibles, en fonction de l'organisation retenue, d'impliquer une présence en continu auprès de la personne malade. En effet, pour le répit à domicile lorsqu'il est organisé de telle sorte qu'un même intervenant est présent en continu plusieurs jours et nuits consécutifs, et pour les séjours de vacances où les encadrants sont présents jour et nuit à l'exception de quelques pauses, il s'agit d'un relais de l'aidant qui se calque sur l'investissement de celui-ci auprès de la personne malade ou d'un accompagnement sur des temps longs qui dépassent une journée de travail normale.

Ces prises de relais de l'aidant par des professionnels doivent être compatibles avec le **respect des droits des salariés**. Les possibilités de travail en continu sont aujourd'hui très réduites. Celles qui existent dans le champ sanitaire et social (éducateurs et villages d'enfants, séjours de vacances de mineurs...) ne concernent pas les activités de répit à domicile et de séjour de vacances d'adultes ni les professionnels intervenant dans le cadre de ces activités. Jusqu'à ce jour, les opérateurs qui ont participé à la démarche de modélisation se sont soit appuyés sur des textes existants par une sorte d'extrapolation (transferts d'établissement, séjours thérapeutiques), soit ont adopté des stratégies de contournement (fractionnement d'une journée de 24 heures en 3 tranches de 8h où se relaient les professionnels ; recours à des bénévoles ou à un engagement quasi-bénévole de salariés de la structure motivés par la prestation proposée). Il est important de souligner que les porteurs de projet qui se sont appuyés sur ces dispositifs pour organiser leur prestation l'ont fait « à leurs risques et périls », sans sécurité juridique.

La fiche présente les règles de droit du travail en vigueur, ainsi que deux cadres utilisés par certains des opérateurs par « extrapolation ».

Les règles applicables en matière de temps de travail¹³

Durée quotidienne de travail :

La durée quotidienne de travail effectif par salarié ne peut excéder 10 heures, sauf dérogation accordée par décret (L. 3231-34 code du travail)

Tout salarié bénéficie d'un repos quotidien d'une durée minimum de 11 heures consécutives (L.3131-1).

Des dérogations sont possibles par convention ou accord collectif notamment pour les activités de garde, surveillances et permanences caractérisées par la nécessité d'assurer la sécurité des biens et des personnes (D.3131-1) mais la durée du repos ne peut être inférieure à 9h (D.3131-3).

Durée hebdomadaire de travail :

Au cours d'une même semaine, la durée de travail ne peut dépasser 48h, sauf circonstances exceptionnelles qui permettent d'augmenter ce plafond à 60h (L.3121-35).

La durée du travail hebdomadaire sur un cycle de 12 semaines ne peut dépasser 44h ou 46h en cas d'accord collectif le prévoyant (L.3121-36).

Les transferts d'établissements

Les transferts temporaires d'établissement pour enfants ou adolescents handicapés sont définis comme **séjours d'une durée supérieure à 48 heures** pendant les périodes de scolarité ou pendant les vacances scolaires¹⁴. Ils peuvent concerner un **établissement entier, une section de l'établissement ou un service**. Ces transferts s'inscrivent dans le cadre du projet pédagogique, éducatif et thérapeutique global de l'établissement ou du service et du projet individuel des enfants qui en bénéficient¹⁵.

¹³ Pour en savoir plus, voir la fiche du ministère du travail :

<http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/duree-du-travail,129/la-duree-legale-du-travail,1013.html>

¹⁴ Par l'arrêté du 26 mars 2003 relatif aux modalités d'organisation des transferts temporaires d'établissement

¹⁵ Article 2 du décret du 26 mars 2003

Le directeur est responsable de l'organisation, des participants, des conditions de transport, de la sécurité, de l'accueil matériel, de l'encadrement et des activités. Il décide des effectifs et de la qualification des personnels qui accompagnent le séjour¹⁶. Il élabore un dossier transmis à titre déclaratif aux départements d'origine et du lieu d'accueil.



Un **dossier-type** qui précise les informations à répertorier et transmettre aux services départementaux lors d'un départ est jointe à l'arrêté.

Cet arrêté définit le transfert d'établissement mais **ne prévoit pas de règles en termes de durée du travail ou de modalités d'organisation**, lesquelles relèvent de négociations internes ou du droit commun.

Les séjours thérapeutiques

Pour permettre un travail en continu, 24 heures sur 24 pendant 3 jours et 2 nuits, un établissement de la **fonction publique hospitalière** s'est appuyé sur l'article 19 du décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Ce décret prévoit « les situations pour lesquelles des obligations liées au travail sont imposées aux agents, à l'occasion de séjours accompagnés organisés par les établissements, alternant des périodes de travail effectif des **périodes d'astreintes et des périodes de temps contraint** ». Elles « font l'objet d'une **rémunération ou d'une compensation spécifique**, dont les modalités sont fixées par arrêté pris par les ministres chargés de la santé et du budget ».

Cet arrêté n'étant jamais paru au journal officiel, les conditions et le protocole du temps de travail ont été définis avec le Comité technique d'établissement (CTE) en s'appuyant sur la pratique des séjours thérapeutiques. En effet, il est considéré que les intervenants s'inscrivent dans une démarche soignante, qu'il s'agit d'une prise

¹⁶ Article 3 du décret du 26 mars 2003

en charge externalisée de l'établissement et que des périodes de travail effectif (en journée) alternent avec des périodes de temps contraint (veille la nuit) en s'appuyant sur une possibilité d'intervention de personnel de nuit de l'établissement (astreinte).

Ce protocole de travail permet à la fois de limiter les temps et le coût des transports (notamment par rapport à un fonctionnement en 3 x 8h) et de rémunérer le personnel sur la base de 3h30 par nuit. Pour 24 heures de présence, les professionnels sont donc rémunérés à hauteur de 17,5 heures.

ORGANISER LE TRAVAIL DE NUIT

La mise en place de certaines formules de répit implique que des professionnels interviennent de nuit :

- La garde itinérante de nuit implique d'étendre les horaires habituels d'intervention à des plages nocturnes
- Le répit à domicile implique, soit qu'un professionnel intervienne sur des horaires de nuit si la structure a opté pour une organisation en 3 x 8 heures ou en 2 x 12 heures, soit qu'il assure une présence la nuit si la structure a opté pour une organisation de travail en continu (24 heures x 3 jours par exemple).

Organiser le travail de nuit nécessite de prendre en compte les dispositions réglementaires et conventionnelles applicables à la structure.

Cette fiche résume les dispositions existantes prévues dans le Code du travail et dans différentes conventions et accords collectifs pour le travail de nuit, ainsi que les démarches à effectuer par les opérateurs pour le mettre en place, dans le cas en particulier où n'existent aucunes dispositions conventionnelles nationales applicables.

Les cadres réglementaires et conventionnels

Dispositions prévues par le code du travail pour le travail de nuit (articles L. 3122-29 à L. 3122-45 et R. 3122-8 à R. 3122-22)¹⁷

Définition

Est défini comme travail de nuit **tout travail effectif entre 21 heures et 6 heures** (peut être substituée à cette période, par une convention ou un accord collectif de travail étendu ou un accord d'entreprise ou d'établissement, une autre période de

¹⁷ Pour en savoir plus, voir la fiche du ministère du travail :
<http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/duree-du-travail,129/le-travail-de-nuit,1017.html>

neuf heures consécutives, comprise entre 21 heures et 7 heures incluant, en tout état de cause, l'intervalle compris entre 24 heures et 5 heures).¹⁸

Un travailleur de nuit régulier accomplit :

- 2 fois par semaine au moins 3 heures de son temps de travail entre 21 heures et 6 heures
- Et au moins 270 heures sur 12 mois, entre 21 heures et 6 heures¹⁹.

En deçà, il n'est pas considéré comme travailleur de nuit et n'est pas concerné par ce qui suit. On parle alors d'intervention de manière occasionnelle la nuit.

Règlementation

Pour un travailleur de nuit, la durée quotidienne du travail ne doit pas être supérieure à **8 heures travaillées consécutives**²⁰. Sur 12 semaines consécutives, la durée hebdomadaire de travail des travailleurs de nuit ne peut dépasser quarante heures²¹.

Des dérogations sont possibles, par convention ou accord collectif de branche ou par accord d'entreprise, pour 12 heures consécutives quand un service exerce des activités « de garde, de surveillance et de permanence caractérisées par la nécessité d'assurer la protection des biens et des personnes ». Les salariés bénéficient d'un repos d'une durée au moins équivalente au nombre d'heures réalisées au-delà des 8 heures.

La mise en place de **repos compensateur** est obligatoire, dérogation ou non²².

Les travailleurs de nuit bénéficient en outre d'une surveillance médicale renforcée (articles L. 3122-42 et R. 3122-18 à R. 3122-22)

¹⁸ Article L3122-29 du Code du travail

¹⁹ Article L3122-31 du Code du travail

²⁰ Article L3122-34 du Code du travail

²¹ Article L3122-35 du Code du travail. NB : De jour, cette limite maximale est de 44 heures.

²² Article L3122-39 du Code du travail



Les contreparties salariales (majorations horaires) au travail de nuit ne sont pas obligatoires selon le Code du travail. Pourtant, elles sont conseillées au regard de l’investissement personnel et de la motivation des professionnels qu’il est nécessaire de préserver. Les modalités de compensations et leur niveau sont à définir dans un accord collectif par la structure.

Les conventions collectives

Plusieurs conventions collectives du secteur social et médico-social, dont sont susceptibles de relever les opérateurs, prévoient le recours au travail de nuit.

1. La Convention Collective Nationale de la branche de l’aide à domicile en attente d’agrément (Articles 25 à 35 du titre V)²³

Définition

Un travailleur de nuit est reconnu comme tel s’il accomplit :

- Au moins 2 fois par semaine au moins 3 heures de son temps de travail, entre 22 heures et 7 heures,
- Et au moins 78 heures par mois en moyenne sur 6 mois entre 22 heures et 7 heures.

Il travaille 10 heures par nuit maximum et reçoit des contreparties au-delà de 8 heures par nuit. Sur 12 semaines consécutives, sa durée hebdomadaire de travail ne peut dépasser quarante heures. Il ne peut pas travailler plus de **5 nuits consécutives**.

²³ Convention collective de la branche de l’aide, de l’accompagnement des soins et des services à domicile (BAD), signée le 21 mai 2010. Cette convention ne concerne que les porteurs de projet à but non lucratif qui relèvent de l’aide et des soins à domicile. NB : Elle ne sera applicable qu’après agrément du ministre chargé des affaires sociales et extension par le ministre du travail

Règlementation

Les **repos compensatoires** sont définis à hauteur de **5%** des heures travaillées de nuit. Les contreparties salariales ne sont pas obligatoires mais sont conseillées.

Tout salarié peut être amené à assurer *de manière occasionnelle* des interventions sédentaires ou itinérantes entre 22 heures et 7 heures²⁴. Dans ce cadre :

- La priorité est donnée aux volontaires²⁵. A défaut, l'employeur doit prendre en compte les responsabilités familiales.
- Le planning mensuel doit faire apparaître les nuits travaillées.
- Le salarié a la possibilité de refuser 4 fois par an au maximum de travailler la nuit : il doit formuler ce refus par écrit²⁶.

2. L'accord de l'UNIFED sur le travail de nuit

Au niveau de la branche UNIFED²⁷, la notion de travail de nuit a été définie par l'accord UNIFED n° 2002-01 du 17 avril 2002 et son avenant n° 1 du 19 avril 2007. La période nocturne s'entend comme « une plage horaire définie par chaque établissement et service de 9 heures continues au sein de la période comprise dans l'amplitude de travail de 21 heures à 7 heures ».

Le travailleur de nuit est celui qui :

²⁴ Article 10.2 relatif à la nature de l'intervention

²⁵ Article 34.1 relatif à l'accès au travail de nuit occasionnel

²⁶ Article 34.2 relatif à la possibilité de refuser d'intervenir la nuit

²⁷ Union des fédérations d'employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, médico-social et sociale regroupant les fédérations d'employeurs signataires des conventions collectives nationales suivantes

- La convention collective nationale de travail des établissements et services privés pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 (environ 230 000 ETP) signée par la FEGAPEI et le SYNEAS :

- La convention collective du 31 octobre 1951 (établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif) signée par la fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif FEHAP (environ 81 000 ETP) :

- La convention collective du personnel salarié de la Croix Rouge Française de juillet 1986 (environ 5 600 ETP) :

- Les accords spécifiques aux C.H.R.S. signés par le SYNEAS (environ 10 200 ETP)

- soit accompli selon son horaire habituel, au moins 2 fois par semaine, au moins 3 heures de son temps de travail effectif quotidien durant la plage nocturne,
- soit accompli selon son horaire habituel, au moins 40 heures de travail effectif sur une période calendaire durant la plage nocturne.

S'agissant de la durée maximale quotidienne, l'accord de branche UNIFED prévoit une durée maximale de 12 heures, par dérogation aux dispositions légales. Tout dépassement de la durée de 8 heures ouvre droit, pour le salarié, à un repos compensateur pour la durée de dépassement correspondante.

S'agissant de la durée maximale hebdomadaire, l'accord de branche stipule qu'elle est fixée à 44 heures.

En matière de repos compensateur, l'accord de branche prévoit également que :

- dans les établissements et services soumis à des conventions collectives ou des accords collectifs prévoyant déjà des compensations salariales au travail de nuit, un repos de compensation de 2 jours par an est attribué aux travailleurs de nuit.
- Dans les établissements et services ne connaissant pas de compensations salariales conventionnelles, le droit à repos compensateur est fixé à 7% du temps de travail nocturne dans la limite de 9 heures par nuit.

Ces mécanismes de compensation sont distincts de celui concernant le dépassement de la durée maximale quotidienne de travail de 8 heures.

3. La Convention Collective Nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif (1951)

La définition de la notion de nuit (période nocturne, qualité de travailleur de nuit) relève des stipulations de l'accord de branche UNIFED). .

Le travail de nuit est valorisé par une **indemnité par nuit** (à partir de 5 heures travaillées entre 21 heures et 6 heures) à hauteur de 1,03 point et de 1,68 point pour un travail sur « toute la durée de la nuit »²⁸.

4. La convention collective nationale de travail des établissements et services privés pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966

La définition de la notion de nuit (période nocturne, qualité de travailleur de nuit) relève des stipulations de l'accord de branche UNIFED).

Un dispositif de compensation salariale au travail de nuit est également prévu dans cette convention collective.

5. La Convention Collective Nationale des salariés du particulier employeur²⁹ applicable aux structures mandataires

Dans le cas d'une intervention en mandataire (la personne aidée est un particulier employeur), c'est le contrat de travail qui définit les conditions de travail la nuit dans le respect de la convention collective.

Des heures de **présence responsable** sont distinguées des heures de travail effectif³⁰ : la rémunération se fait donc au forfait mais ne peut être inférieure à 1/6^e du salaire horaire³¹.

L'employé ne peut travailler plus de **12 heures consécutives par nuit** et plus de **5 nuits consécutives**³².

Mise en place du travail de nuit

La mise en place du travail de nuit ou son extension à de nouvelles catégories de salariés doit être prévue par convention ou accord collectif de branche étendu, ou par accord d'entreprise ou d'établissement (art. L.3122-33 du CT).

²⁸ Annexe 3.2

²⁹ Convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999

³⁰ Article 3-a relatif à la définition de la présence responsable

³¹ Article 6 relatif à la présence de nuit

³² Article 6 relatif à la présence de nuit

Cet accord doit contenir :

- les justifications du recours au travail de nuit ;
- les contreparties sous forme de repos compensateur et, le cas échéant, de compensation salariale ;
- des mesures destinées à améliorer les conditions de travail des salariés et à favoriser l'articulation entre activité nocturne et exercice de responsabilités familiales et sociales (moyens de transport...) ;
- des dispositions propres à assurer l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, notamment par l'accès à la formation ;
- l'organisation des temps de pause.

A défaut d'accord collectif, l'entreprise doit, si elle souhaite mettre en place le travail de nuit, demander l'autorisation à l'inspecteur du travail, à titre dérogatoire et sous certaines conditions, d'affecter des salariés sur des postes de nuit (art. L. 3122-36 du CT).

Etapes à suivre

1. Saisine du **médecin du travail** pour déterminer les modalités de prise en compte des impératifs de santé des salariés
2. **Consultation** des représentants du personnel ou, en l'absence de représentants, information des salariés (conseil)
3. A défaut ou en complément d'une convention ou d'un accord collectif le prévoyant, signature d'un accord d'entreprise contenant les éléments mentionnés ci-dessus (salariés concernés, justification, ...) , et transmission en vue de son agrément au ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale.
4. A défaut de convention ou d'accord collectif **et** d'accord d'entreprise, **demande d'autorisation à l'inspection du travail**³³ comprenant les justifications³⁴ :

³³ Possible uniquement en cas d'échec des négociations avec les représentants du personnel ou d'absence de ces représentants dans la structure, dans les cas et conditions prévues à l'article L. 3122-36)

³⁴ Source : *Journal du Domicile*, Février 2011, Fiche juridique « Le travail de nuit » (par Catherine FERRARIS)

- ✓ de la nécessité de recourir au travail de nuit (prouver l'utilité sociale de l'activité, condition posée par la loi pour recourir au travail de nuit)
- ✓ de l'existence de contreparties
- ✓ de l'existence de mesures destinées à améliorer les conditions de travail des salariés, à faciliter l'articulation de leur activité nocturne avec l'exercice de responsabilités familiales et sociales, à assurer l'égalité hommes-femmes³⁵.
- ✓ de la prise en compte des impératifs de protection de la sécurité et de la santé
- ✓ du document attestant une information préalable des salariés.

5. Modification des contrats de travail pour les salariés concernés, avec leur accord exprès.

Précautions à prendre

Il est nécessaire d'être attentif :

- Au **cumul des heures de jour et de nuit** qui doit respecter la durée de repos quotidien de 11 heures entre chaque plage horaire travaillée, notamment en cas de remplacements : la mise en place d'une intervention la nuit (non prévue dans le planning hebdomadaire) doit faire l'objet d'une adaptation des horaires de jour pour le lendemain.
- A la nécessaire **flexibilité et adaptabilité** de l'organisation du travail.

En effet, le rythme choisi par la structure et les modalités d'élaboration des plannings peuvent se révéler incompatibles avec les rythmes biologiques des salariés. Il convient alors de revoir avec eux l'organisation du travail afin de limiter leur fatigue et par conséquent le turn-over.

De même, les besoins émergents ou l'augmentation de l'activité peuvent entraîner des révisions de l'organisation du travail comme l'extension des plages d'interventions par exemple.

³⁵ En référence à l'article L. 3122-40 du Code du travail

Remerciements

L’équipe du cabinet Enéis tient à remercier les différents interlocuteurs ayant contribué à cette étude et à la démarche de modélisation :

- Les 18 opérateurs sélectionnés dans le cadre de l’appel à projet, ayant fait preuve de disponibilité et d’une réelle volonté de partager leur expérience de dispositifs innovants
- Les membres du comité de suivi de la mesure 1B du Plan Alzheimer :

Elisabeth Finet, CCMSA

Anne Kieffer, CNSA

Aurélie Neveux, CNSA

Benoit Lavallart, Mission Alzheimer

Caroline Lefebvre, DGCS

Elodie Jung, Association française des aidants

Emmanuelle Pion, CCMSA

Guillaume Blanco, CNSA

Jean-Philippe Flouzat, DGCS

Marie-Jo Guisset, Fondation Médéric Alzheimer

Marion Villez, Fondation Médéric Alzheimer

Michèle Hermann, Conseil général du Bas-Rhin

Olga Piou, CLEIRPPA

Sophie Bouchès, DGCS

Thomas Rouault, France Alzheimer

- Elise Gatesoupe et Thérèse Hornez, de l'ANESM, pour leur relecture et leurs commentaires (www.anesm.sante.gouv.fr)
- La Fondation de France, qui a bien voulu partager des enseignements de l'étude relative à la garde itinérante de nuit réalisée par le CLEIRPPA (Valérie Luquet) (www.fondationdefrance.org)
- L'Association des Paralysés de France, qui a accepté de nous présenter ses initiatives en matière de répit à domicile (Caroline Duperchy, Les fenottes, www.fenottes-apf.fr) et de séjours de vacances (Jean-Philippe Bonpaix, APF Evasion, <http://www.apf-evasion.org>)
- Pascale Molinier, professeure de psychologie à l'Université Paris XIII, qui nous a fait part de ses observations et de ses réflexions suite à la recherche-action qu'elle a menée auprès d'un des porteurs de projet
- Angelina Sartenaer, ancienne coordinatrice de Baluchon Alzheimer Belgique (www.baluchon-alzheimer.be), qui nous a accordé un entretien téléphonique afin d'évoquer le fonctionnement du répit à domicile en Belgique et les conditions de réussite de cette prestation
- Marie Lachant, Chargée de mission modernisation de l'aide à domicile au Conseil général des Côtes d'Armor, auteur d'un mémoire sur le répit à domicile, qui a partagé ses réflexions avec notre équipe.