

01 mai 2015

PROJET COLLECTIF DU CENTRE D'HEBERGEMENT
MERIDIEN Farra Bxl capitale

PROJET COLLECTIF

Centre d'hébergement

Et

court séjour

Farra Bruxelles capitale

Table des matières

1 – Objectifs généraux	4
2 – Caractéristique du projet	4
2.1Présentation générale du centre.....	4
a. Type d'agrément	4
b. Entité connexe	5
c. Finalité	5
d. Options philosophiques.....	6
e. Cadre éthique	6
f. référence théorique	8
2.2 Populations accueillies	12
a. référence théorique.....	12
b. Niveau d'autonomie	14
2.3 Organisation générale	14
2.3.1- Admission au centre d'hébergement.....	14
a. critère et procédure d'admission	14
b. critère et mesures de réorientation ou d'exclusion	15
c.Participation financière.....	17
2.3.2- Prise en charge	18
a - organisation des prises en charge paramédicales et médicales	18
b - Prise en charge	19
C. Coordination interdisciplinaire de la prise en charge (existence d'un référent assurant le suivi du projet...)	22
d. collaboration, concertation, coordination et évaluation au sein de l'équipe	22
e. L'encadrement.....	23
2.4 Elaboration du projet individuel et évaluation	23
2.5 Facteurs de confort	25
2.5.1. Période de fermeture éventuelle	25
2.5.2. Organisation de l'accueil de la personne handicapée et de sa famille	25
2.6 Réseau relationnel.....	27
2.6.1. Partenaires concernés par l'action du centre	27
2.6.2. Mode d'organisation des relations personnelles des personnes.....	27
handicapées avec leur entourage	27

a. Les relations avec les familles	27
B Les relations entre pairs	28
C Les relations avec l'extérieur ou autre	28
2.6.3. Lieux où les personnes accueillies exercent leur autonomie	28
2.7. Personnel.....	28
2.7.1 organigramme	28
2.7.2 Fonctions et les rôles.....	30
2.8 Implémentation.....	31
2.8.1 Situation du centre	31
2.8.2. Infrastructure du centre	31
2.9 Utilisation du matériel spécialisé	32
2.9.1. Généralité.....	32
2.9.2. Utilisation d'un matériel spécialisé : dans la maison	32
3- LE COURT-SEJOUR AU CŒUR DE L'HEBERGEMENT	32
3.1 Introduction.....	32
3.2 L'objectif	33
3.3- Finalité.....	34
3.4- Admission	34
3.5 - organisation des prises en charge paramédicales et médicales	36
3.6 - Prise en charge	36
3.7. L'accompagnement	37

1 – Objectifs généraux

- Accueillir les personnes handicapées mentales profondes et sévères adultes regroupant diverses générations et divers handicaps associés ;
- Proposer un lieu de vie sécurisant et sécurisé assurant le bien-être et la qualité de vie de la personne handicapée ;
- Répondre à la spécificité et aux besoins de chacun au moyen de projets individuels et collectifs ;
- Garantir un environnement social et familial chaleureux et adapté ;
- Maintenir un partenariat avec les familles.

Les objectifs plus spécifiques aux personnes vieillissantes

Leur permettre :

- d'avoir un espace, un temps, une relation, un niveau d'exigence approprié ;
- d'être écoutées et prises en considération également au niveau de l'expression de la douleur et de la fatigue ;
- d'avoir toute la disponibilité nécessaire, le confort et l'environnement le mieux adapté pour dispenser les soins quotidiens et médicaux de qualité ;
- de profiter d'activités adaptées à leur âge et d'y participer si la personne le souhaite ;
- de leur offrir une plus grande souplesse au niveau des visites aux familles (à l'extérieur) et des familles au Farra.

2 – Caractéristiques du projet

2.1 Présentation générale du centre

a. Type d'agrément

L'hébergement accueillera 24 personnes adultes, porteuses d'un handicap mental sévère ou profond, de grande dépendance, avec certains troubles du comportement dont :

- * **Au maximum 9 personnes à mobilité réduite (court séjour compris), ayant recours à une tierce personne pour tous déplacements dont maximum 3 polyhandicapés.**
- * **Au maximum 5 personnes ayant des troubles autistiques majeurs.**
- * **5 lits de court séjour.**

* **Au maximum 5 personnes vieillissantes**

b. Entité connexe

Le Centre d'hébergement est situé sur le même site que le centre de jour. Hormis le partage de certaines salles et de bureaux, chaque centre est indépendant l'un de l'autre.

Le quartier, proche du centre, regorge d'Asbl, d'écoles, de commerces,... avec qui nous pourrions établir des contacts.

c. Finalité

Offrir un **lieu de vie et une qualité de vie** à un mixte de personnes adultes (hommes et femmes) vivant avec une déficience mentale sévère et profonde à partir de son propre projet de vie.

Accueillir et accompagner ces personnes dans une période de leur vie, en proposant un milieu aussi sécurisant et intégré que possible :

Développer des formules telles que le répit, le court séjour, et l'accompagnement des « personnes vieillissantes ».

Etre un lieu de créativité, qui donne du sens à l'engagement de nos collaborateurs.

Vis à vis des familles

Créer et renforcer un partenariat avec les familles et le représentant légal.

Ce partenariat implique de continuer l'accompagnement des familles quand le partenariat se termine, jusqu'à la mise en place d'un nouveau partenariat.

Le centre d'hébergement se voudra être un lieu de vie de qualité qui accueille des adultes porteurs d'un handicap sévère ou profond, de personnes porteuses de troubles autistiques, de polyhandicapés au sein de sa structure, dans un espace et un temps adaptés. Il sera un relais pour les familles dans l'accompagnement de leur enfant, devenu adulte, différent.

Un partenariat non intrusif et respectueux sera élaboré entre les familles et le personnel accompagnant afin d'assurer une cohérence dans la prise en considération des besoins et une continuité dans la vie de la personne.

Le service apportera à la personne un nursing complet et adapté à ses particularités. Des soins infirmiers ou médicaux seront réalisés par un personnel indépendant reconnu par l'INAMI.

L'adaptation du matériel de bain, de déplacement, de maintien corporel, de repos et de sommeil sera mise en place afin de répondre adéquatement aux différents problèmes rencontrés.

Le centre d'hébergement deviendra « la » résidence principale de la personne. Il conviendra de mettre tout en œuvre pour que les lieux de vie, les chambres et les abords correspondent au projet de vie établi pour chaque personne avec la famille ainsi que de tenir compte des choix exprimés par la personne ou décodés par les accompagnants quotidiens.

d. Options philosophiques

Le centre d'hébergement accueille les résidents de tous horizons. Il est soucieux d'assurer une mixité équilibrée du groupe.

e. Cadre éthique

Les valeurs reprises ci-dessous sont les valeurs de notre ASBL, elles se retrouvent dans notre projet d'entreprise et donc dans tous nos projets collectifs.

VALEUR 1 : RESPECT

1. Reconnaître que tous les métiers sont indispensables et contribuent à la vie du Farra ;
2. Assumer ses responsabilités, respecter ses droits et devoirs ;
3. Respecter l'intégrité des personnes qui nous sont confiées, leur histoire et leurs convictions ;

VALEUR 2 : DYNAMIQUE DE PROGRES

1. Faire suivre ses critiques de propositions ;
2. Impliquer les familles dans le bien-être des résidents ;
3. Proposer des formations, participer aux formations organisées et mettre en pratique les enseignements ;
4. Soutenir et participer aux changements que nécessite la réussite de notre projet.

VALEUR 3 : ESPRIT DE FAMILLE

- Par rapport aux collègues :

Former une équipe dans laquelle tout le monde se soucie de tous.

Accepter les divergences d'opinions, contribuer à la recherche de solutions permettant de résoudre les conflits.

- Par rapport aux familles :

Donner à la famille et recueillir de celle-ci des informations quant à la vie, les occupations, ... de leurs enfant, ses goûts, ses désirs, ses peurs,...

- Par rapport aux résidents :
Encourager les échanges entre résidents au sein de groupes ou sous-groupes, ainsi que la participation collective aux décisions.

VALEUR 4 : SOLIDARITE

1. Par rapport aux collègues : s'entraider (remplacement, changement d'horaire,...) ; participer aux activités extraordinaires.
2. Par rapport aux familles :
 - prendre le relais de la famille absente ;
 - faire des tâches qui incombent aux familles (achats, rendez-vous médicaux,..) sans toutefois se substituer aux rôles et responsabilités des familles, tuteurs et représentants de la personne handicapée.
3. Par rapport à la hiérarchie : soutenir la hiérarchie dans la réussite du projet d'entreprise, s'intéresser à tous les aspects de vie du Farra.
4. Par rapport à la vie sociale : Participer à l'image de l'entreprise, parler à l'extérieur positivement du Farra ; Soutenir le projet d'entreprise.

Etant donné la vulnérabilité de la population accueillie, on adhère au niveau éthique à la charte pour la prise en charge des personnes de grande dépendance

La charte pour la prise en charge des personnes de grande dépendance.

La charte met en évidence la place de la personne porteuse d'un handicap de grande dépendance. Nous y retrouvons :

- La personne avec un handicap est avant tout une personne, quel que soit son degré d'autonomie.
- La personne avec un handicap doit pouvoir vivre, comme tout un chacun, incluse dans la société.
- Chaque personne avec un handicap est unique et a un projet de Vie propre, individualisé et adapté à ses besoins et capacités spécifiques.
- La personne avec un handicap participe à son projet de Vie.
- La personne avec un handicap fait ses propres choix pour ce qui concerne sa vie et ses projets.
- Dans le projet pédagogique, une attention particulière sera portée à la qualité de vie et à ses indicateurs.
- Le personnel des services devra être formé aux différents types de handicap dont les personnes sont porteuses.

- Les services veilleront à favoriser, développer et maintenir autour de la personne handicapée un réseau de relations (famille, amis, bénévoles).
- Le service d'activités de jour et le service d'hébergement/logement de la personne doivent travailler en synergie dans le cadre du projet individualisé de la personne.
- Il convient que le lieu d'habitation/hébergement soit séparé du ou des lieux d'activités de jour.
- Une personne ne peut être exclue d'un service sans qu'une autre solution satisfaisante pour elle et ses représentants n'ait été trouvée au préalable.

f. Références théoriques

Afin de rencontrer nos objectifs et remplir nos missions, le FARRA s'inspire de divers modèles conceptuels :

I. la philosophie de la valorisation des rôles sociaux (VRS)

L'adhésion à la VRS implique pour chaque travailleur, quelle que soit sa fonction, d'adopter vis-à-vis des bénéficiaires des attitudes de respect qui reconnaissent la spécificité de chacun et cela à tous les niveaux : méthodes, moyens et stratégies d'interventions.

Une adaptation de ce concept, défini en 1983, pourrait être pour notre public :
« L'utilisation de moyens aussi valorisants et stimulants que possible, afin d'établir et/ou maintenir une relation, un statut, des attitudes et des comportements personnels valorisés, sur le plan éducatif, culturel et social ».

On relève onze composantes qui découlent de la VRS et influencent les services et interventions :

VRS 1 : Le respect de la personne

C'est offrir à la personne porteuse d'un handicap la considération due à toute personne.

VRS 2 : Le respect de l'apparence de la personne

L'apparence physique peut contribuer à rehausser l'image de la personne, à la valoriser sur le plan social et personnel.

VRS 3 : La sécurité

Chaque personne a besoin pour vivre d'une sécurité de base.

On se doit de s'assurer que tant la sécurité physique que la sécurité affective soient présentes.

VRS 4 : La communication

L'intervenant ne peut pas se contenter de communiquer avec une personne déficiente intellectuelle uniquement par des consignes de type fonctionnel.

Comme la plupart des personnes handicapées mentales (PHM) possèdent et utilisent peu les mécanismes verbaux, il est nécessaire de recourir à d'autres moyens ou techniques pour améliorer la communication.

L'éducateur doit favoriser les échanges et montrer l'intérêt de la communication qu'elle soit verbale, non verbale ou corporelle.

Il doit prendre le temps d'écouter le résident et aussi de « décoder » ce qu'il exprime. Il doit également veiller à stimuler l'oralité des résidents lors des situations de la vie quotidienne.

VRS 5 : L'individuation

Chaque personne est unique, est encouragée dans l'expression de son identité et peut posséder des biens personnels.

Il lui est permis de vivre dans un environnement individualisé (lieux, activités,...)

VRS 6 : L'autonomie

L'autonomie est la capacité à pouvoir se gouverner soi-même ; chaque expérience participe à son développement.

VRS 7 : Le choix

Chaque individu doit apprendre à faire un choix dans les activités de la vie quotidienne et vivre avec les conséquences de ce choix. L'aide de l'éducateur doit néanmoins aller dans le sens d'une prise de conscience des forces et limites de l'environnement et de celles du résident.

VRS 8 : La responsabilité

Prendre des responsabilités fait partie intégrante de la vie d'une personne.

Elle permet de ressentir de la fierté, une satisfaction personnelle et souvent de recevoir des encouragements et de la reconnaissance pour l'acte accompli.

VRS 9 : La sexualité

Tout adulte a le droit d'exprimer ses émotions, ses sentiments et sa sexualité selon ses besoins et désirs en respectant les normes institutionnelles.

L'intervenant doit avoir une bonne connaissance du développement affectif et sexuel de la personne handicapée mentale.

➤ l'intervenant doit offrir les supports nécessaires tant au niveau :

- de l'expression des émotions,
- de la connaissance de son corps et son identité sexuelle
- de la connaissance et le respect des normes sociales et institutionnelles
- du respect de sa personne (la considérer comme personne sexuée)
- du respect des limites et des désirs de l'autre en agissant sereinement.

VRS 10 : La vie privée et sociale

Le rôle de l'intervenant est de permettre à la personne handicapée de vivre des expériences malgré les risques calculés et ce, en jugeant le degré de dangerosité de l'action proposée.

VRS 11 : Les activités sociales

Chaque individu a droit au respect de sa vie privée et donc de bénéficier d'un espace personnel, d'intimité et de moments de retrait.

Chaque individu a le droit d'entretenir des relations sociales internes ou externes à l'institution.

Il est important de noter qu'un certain nombre de notions fondamentales personnelles influencent la conception de la VRS : l'inconscient, l'attribution des rôles, le conservatisme, le modèle développemental, l'apprentissage de modèles, l'influence de l'image sociale et la participation sociale.

II. **la philosophie de la qualité de vie** (QDV).

« **La vie est de qualité quand la vie fait sens!** »

Le terme « sens » doit être ici envisagé sous ses différentes conceptions : les sens en tant que lieu de plaisir où interviennent les affects et les besoins bien sûr, mais aussi la sensorialité (écouter, voir, goûter) et la motricité (marcher, danser, se relaxer), le sens en tant que signifiant où interviennent les valeurs, les importances, mais aussi la spiritualité, et enfin le sens en tant que direction reliant le passé avec son histoire et sa personnalité au futur avec ses aspirations et attentes.

III. **Les théories du développement**

Les théories du développement sont comme des lentilles au travers desquelles on observe les enfants et leur développement. Cette lentille filtre, interprète un certain nombre de faits.

IV. **Le concept de la stimulation basale**

Le concept de la stimulation basale a pour objectif de créer la rencontre avec des personnes sévèrement handicapées. Cette démarche n'interfère pas avec la démarche médicale ou paramédicale. C'est un complément qui utilise le langage du corps pour « dialoguer en direct ». Le concept s'appuie sur les sens profonds et facilite la prise de conscience de l'enveloppe corporelle.

C'est à partir de son corps que l'individu peut se sentir exister et entrer en contact avec l'extérieur. Sur base d'une relation interpersonnelle, l'éducateur évalue les possibilités, les envies et les besoins de chacun afin d'éveiller « l'intérêt et la motivation ».

Frölich¹ part de l'idée de proposer des expériences élémentaires (ou basales) sans attendre de réactions immédiates. Cette approche demande de la créativité.

⇒ Stimulations proposées : somatique, vibratoire, vestibulaire, tactile.

V. La philosophie snoezelen.

Le snoezelen traduit un état d'esprit qui privilégie la qualité de l'accompagnement des personnes démunies (personnes handicapées enfants ou adultes, personnes âgées, etc.). C'est une approche de réveils sensoriels pour aider à sentir, se construire, créer et communiquer. Il ne s'agit pas d'une méthode mais d'une approche philosophique de la personne.

Le concept snoezelen consiste à proposer des expériences sensorielles variées, dans une atmosphère de confiance et de détente. Il favorise la stimulation des sens primaires.

Le snoezelen peut se « pratiquer » n'importe où, à n'importe quel moment de la journée. Il n'existe pas de définition du mot « snoezelen » mais il provient de la contraction de 2 mots en néerlandais :

- Snuffelen : qui signifie sentir, renifler,...
- Doezelen : qui signifie somnoler, caractérise un état de bien-être.

L'espace snoezelen est un lieu (le plus souvent créé pour les personnes handicapées) qui favorise la détente et dans lequel on travaille les sens.

Dans un espace snoezelen, tous les sens doivent être proposés (ouïe, odorat, vue, goût et toucher). Nous pouvons constater combien les personnes handicapées peuvent éprouver des difficultés à faire des choses simples. Ce concept n'exige aucune connaissance sensorielle ni performance corporelle.

Le concept snoezelen vise une approche globale de la personne, un échange sans jugement de valeur, dans le respect et la stimulation des possibilités de chacun.

Les évaluations de cette approche ont mis en évidence une diminution des troubles du comportement tels que les automutilations mais aussi une détente qui permet aux personnes handicapées mentales d'anticiper sur les événements.

Sur un plan plus philosophique, le snoezelen suppose que l'on va à la rencontre de l'autre en partant du principe que l'on ne connaît rien de cet « autre », de ses réactions, de

¹ Andeas Fröhlich, professeur de pédagogie curative (1970) à l'université de Heidelberg (Allemagne). Intérêt pour les travaux issus de la psychologie du développement.....

son vécu, etc. de sorte que l'accompagnateur se laisse surprendre par le résident en question.

2.2 Populations accueillies

a. Références théoriques

L'hébergement accueille des personnes adultes handicapées de grande dépendance, ayant un handicap mental profond ou sévère, avec certains troubles du comportement.

Nous entendons par :

- **Grande dépendance**

L'incapacité d'effectuer sans aide les actes essentiels de la vie quotidienne, ce qui entraîne la nécessité de recourir à une tierce personne pour effectuer les tâches élémentaires.
Ce terme ne signifie pas nécessairement des personnes à mobilité réduite.

- **personnes handicapées mentales** (définition de l'OMS)

Toute personne atteinte d'une déficience mentale caractérisée par :

1. une limitation du fonctionnement intellectuel ;
2. une limitation des comportements adaptatifs (ou habilités adaptatives).

Par comportement adaptatif, il faut entendre les capacités à utiliser des moyens pour prendre soin de soi-même et d'interagir avec les autres dans la vie de tous les jours, les capacités à s'adapter aux exigences environnementales.

3. la présence de ces limitations avant l'âge adulte.

- **Sévère** (ministère de l'éducation du Québec)

La personne présente les caractéristiques suivantes :

1. limitation sur le plan du développement cognitif qui nécessite une pédagogie adaptée ;
2. des capacités fonctionnelles limitées sur le plan de l'autonomie personnelle et sociale entraînant un besoin d'assistance pour s'organiser dans des activités nouvelles ;
3. des difficultés plus ou moins marquées dans le développement sensori-moteur ainsi que dans celui de la communication.

- **Profonde** (ministère de l'éducation du Québec)

Une déficience intellectuelle est qualifiée de « profonde » lorsqu'elle présente :

1. des limitations importantes sur le plan du développement cognitif (QI inférieur à 20-25) et demandant l'utilisation d'un programme adapté ;
2. des habilités de perception, de motricité et de communication manifestement limitées, exigeant des méthodes d'évaluation et de stimulations individualisées ;
3. des capacités fonctionnelles très faibles sur le plan de l'autonomie personnelle et sociale entraînant un besoin constant de soutien et d'encadrement dans l'accompagnement et l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne.

- **Troubles du comportement**

Les troubles qui demandent une implication active du Farra pour le suivi ou traitement psychiatrique tant que ceux-ci peuvent être gérés par une médication ordinaire ou un programme adapté compatible avec l'organisation et l'équilibre de l'institution.

- **Polyhandicapé**

Les personnes atteintes d'un **handicap grave à expression multiple** chez lesquelles les troubles cérébraux sont associés à des troubles moteurs, entraînant une restriction extrême de l'autonomie.

Ce handicap affecte à la fois :

1. La **motricité** , d'où paralysies ;
2. La **sensitivité** , d'où perte d'un ou plusieurs sens : le toucher, la vue, l'ouïe ;
3. Quelquefois des **troubles de la conscience**.

- **Personne à mobilité réduite**

La notion de PMR est large. Par définition elle englobe toute personne gênée dans ses mouvements en raison de sa taille, de son état, de son âge, de son handicap permanent ou temporaire ainsi qu'en raison des appareillages ou instruments auxquels elle doit recourir pour se déplacer.

Nous entendons par ce terme, des personnes ayant besoin d'une tierce personne pour leurs déplacements mais pouvant « aider » l'accompagnant lors de transfert, par exemple.

- **« autisme »**

L'autisme est l'un des "Troubles Envahissants du Développement".

Les personnes atteintes d'autisme ont des difficultés marquées dans trois domaines : les interactions sociales, la communication et les intérêts. Elles ont des difficultés à entrer en relation avec les autres, elles s'expriment mal ou pas du tout, comprennent et interprètent autrement que nous ce qu'on leur dit ou ce qui leur arrive, elles s'opposent à toute forme de

changement. Des mouvements anormaux, des gestes stéréotypés sont aussi remarqués. (inforautisme)

- **Personne vieillissante**

Pour nous, la personne vieillissante est une personne qui, dès avant l'âge de la pension, présente des diminutions des capacités mentales et physiques accrues, résultant d'un vieillissement de la personne.

b. Niveau d'autonomie

Le centre s'adresse donc à des personnes handicapées mentales de grande dépendance. Pour rappel, cela signifie que la personne accueillie se trouve dans l'incapacité d'effectuer, sans aide, les actes essentiels de la vie quotidienne tels que la toilette et la propreté, l'habillage et le déshabillage, la préparation des repas, les déplacements,... Ceci implique la nécessité de recourir à une tierce personne pour effectuer les tâches élémentaires.

2.3 Organisation générale

2.3.1- Admission au centre d'hébergement

a. Critères et procédure d'admission

LANCEMENT DE NOTRE NOUVEAU CENTRE D'HEBERGEMENT

Il serait souhaitable que l'entrée des nouveaux candidats soit échelonnée après le déménagement de nos 16 résidents. Nous voudrions pouvoir accueillir les nouveaux résidents sur une période de 3 mois.

Nous souhaitons prendre ce temps pour permettre tant aux bénéficiaires accueillis qu'aux accompagnants de se découvrir, de comprendre les personnes et ses habitudes, de se familiariser l'un et l'autre et de déterminer avec elles et leur entourage leurs besoins, leurs souhaits. Prendre le temps nécessaire à établir en équipe, les objectifs recherchés et les moyens mis en œuvre.

L'admission ne met pas fin aux droits et devoirs de la famille.

REMPLACEMENT D'UN RESIDENT

Une place est vacante, il faut établir le profil du candidat susceptible de remplacer.

- a. Procédure d'inscription, de rencontre, un stage d'une semaine, convention, ROI (Règlement d'ordre intérieur), projet collectif seront la base de notre collaboration

Si la famille et le résident désirent poursuivre l'inscription et si l'équipe convient que nous pouvons répondre aux besoins de la personne, le dossier de candidature est soumis à l'approbation du conseil. L'accueil définitif d'un nouveau bénéficiaire se fait sous réserve du bilan établi par la direction sur base des 3 premiers mois d'observation.

Les **critères** pris en compte pour la suite à donner à ces candidatures sont :

L'accompagnement proposé par le service devra répondre aux besoins du candidat. Notre programme peut toujours faire l'objet d'adaptations ; néanmoins celles-ci devront être compatibles avec l'organisation et l'équilibre de l'institution ; c'est pourquoi nous serons attentifs à :

- l'intégration de celui-ci au sein du groupe existant (entente avec ses pairs, intégration au niveau des activités proposées) ;
- La capacité de l'équipe à faire face à l'ensemble des problèmes posés par le nouveau candidat de même que son interférence avec les autres bénéficiaires ;
- Répondre aux exigences imposées par le groupe de vie (marcheurs à l'étage, moins valides au rez-de-chaussée) ;
- être âgé de minimum 18 ans ;
- présenter une déficience mentale sévère ou profonde :
 - être dans l'incapacité d'effectuer, sans aide, les actes de la vie quotidienne ; cet état entraîne la nécessité de recourir à une tierce personne pour réaliser les tâches élémentaires (grande dépendance) ;
 - Etre reconnu « C » et « de grande dépendance » ;
- Etre stabilisé d'un point de vue épileptique ;
- Ne pas avoir recours à une assistance respiratoire ;
- Fixer son domicile au centre d'hébergement pour toute personne qui ne retourne plus régulièrement en famille.
- mixité de genre, sociale et culturelle, équilibre du groupe ;

La responsabilité du centre est d'éviter que la personne ne constitue un danger pour les autres ainsi qu'elle ne soit elle-même mise en danger par les personnes déjà accueillies.

Il sera également tenu compte d'autres caractéristiques qui garantiront un accueil harmonieux au sein du centre d'hébergement, un accueil supportable et sécurisé pour tous, résidents et membres du personnel ; nous serons attentifs notamment au niveau sonore, au nombre de « bruyants », à la gestion de la violence et de l'agressivité (nombre de personnes susceptibles d'un passage à l'acte et niveau de dangerosité des passages à l'acte, nombre de personnes susceptibles d'adopter des conduites dangereuses (ex : fugueurs,...).

b. Critères et mesures de réorientation ou d'exclusion

Le résident, ses parents ou son représentant légal pourront, en tout temps, mettre fin à la convention.

Nous ne pouvons pas accepter des personnes qui sortent du cadre de notre mission telle que définie et subventionnée par la COCOF comme par exemple :

- a. Violence répétée sur autrui ou sur lui-même ;
- b. Recours obligé à la contrainte corporelle continue ;
- c. Prises en charge qui demandent une assistance médicalisée de type hospitalier, réservée à des professions médicales et paramédicales (par exemple : infirmières, médecin,...) ;

Au-delà de deux interventions médicales par jour, sur site, la réorientation sera envisagée.

La direction générale, en concertation avec le CA, pourra mettre fin à la prise en charge du résident si elle estime que :

- a. L'état mental ou physique de l'usager s'est modifié dans une mesure telle que cette prise en charge ne peut plus être assurée ou n'est plus compatible avec le projet collectif en vigueur.
- b. La collaboration avec la famille est insatisfaisante au point d'entraver fortement la prise en charge du résident.
- c. L'absence ou le manque de suivi médical : visite annuelle chez le généraliste ou spécialistes prescripteurs, fiche médicale non complétée... non suivi de la médication.
- d. Le non-paiement de la participation financière.
- e. Le bénéficiaire ne répond plus aux critères d'admissibilité fixés par la COCOF (la convention sera résiliée de plein droit).
- f. Le résident a dépassé la durée d'absence autorisée.

Dans ce cas, le préavis sera d'une durée d'un mois excepté dans le cas de détérioration mentale ou physique de l'usager qui ne permettrait plus d'assurer sa sécurité ou celle d'autrui avec les moyens dont dispose le Farra.

Le cas échéant, une concertation entre les différentes parties aura lieu préalablement.

En cas de non-respect du préavis, la participation financière équivalente à un mois sera due.

La réorientation du résident relève de la responsabilité du représentant légal. Néanmoins, le service social du centre peut, à la demande, procurer aide et conseil.

c. Participation financière

En début de mois, le bénéficiaire est tenu d'effectuer le paiement de la part contributive dans les frais de séjour et de transport s'il y a lieu du mois suivant. Cette part est fixée par les Pouvoirs Publics comme mentionnée dans l'arrêté 2006/554 du 27 septembre 2012. Celle-ci varie suivant l'âge (-21 ans / + 21 ans) et suivant le lieu de résidence (Bruxelles / hors Bruxelles). Elle est soumise à l'indice des prix à la consommation.

La contribution peut être réduite dans certains cas repris dans l'arrêté.

Le Centre peut réclamer un supplément à la contribution financière, pour les frais exposés en vue d'assurer à la personne, à sa demande, un confort ou des possibilités d'épanouissement et de loisirs n'entrant pas dans le projet collectif (collations, boissons, petits objets personnels, activités extraordinaires et ponctuelles, excursions, visites ...) Un décompte des dépenses sera établi et communiqué trimestriellement.

Les activités récurrentes et payantes pourraient être facturées si les moyens financiers de l'ASBL ne permettent plus d'assurer celles-ci.

Le cas échéant, et à la demande du service, le bénéficiaire fournira les équipements nécessaires à la bonne marche des activités et objectifs élaborés dans le projet éducatif individuel (tablier, tenue de sport, vêtements de rechange, protections, ...). Ces équipements seront renouvelés par l'utilisateur en fonction des besoins.

Si ces équipements ne sont pas fournis, le Centre facturera l'achat de ce matériel.

Le Farra est conscient que les normes sont contraignantes. Pour assurer un encadrement de qualité, nous ne pouvons pas prendre en charge des frais de personnel supplémentaire qui ne soient pas totalement pris en charge financièrement par un subside ou la certitude d'une recette équivalente.

Les participations financières des « court-séjour » et des répités devront elle aussi être versées à l'institution avant l'entrée effective de la personne.

L'intervention financière est indispensable au bon fonctionnement du Farra de sorte que le non-respect du paiement entraînera la rupture de notre convention.

2.3.2- Prise en charge

a - Organisation des prises en charge paramédicales et médicales

* Médecin Généraliste :

Nous espérons avoir un ou deux médecins généralistes qui viennent une fois par semaine après 16h. Ceux-ci verraient les résidents qui présentent des problèmes de santé observés par l'équipe ou à la demande du résident, de sa famille ou encore du service d'activité de jour (via le médecin coordinateur).

Ils proposeraient des examens chez des spécialistes si nécessaire. Ils seraient joignables à leur cabinet par les familles.

Les résidents qui souhaiteront garder leur médecin généraliste pourront évidemment le faire ; il sera alors demandé que le médecin communique à l'équipe tout changement de médication par écrit. Sans écrit, l'équipe éducative n'est pas habilitée à donner des traitements médicamenteux.

Chaque consultation sera payée par le résident.

* Médecin spécialiste :

En règle générale, nous orienterons nos résidents vers la clinique Ste Elisabeth/ St Jean pour tout examen. Nous souhaitons qu'il existe une bonne collaboration entre le personnel de la clinique, notre équipe et nos résidents.

Les familles qui préféreraient s'orienter vers d'autres spécialistes devront nous communiquer leur nom, adresse et téléphone. Il sera alors demandé que le médecin communique à l'équipe tout changement de médication par écrit. Sans écrit, l'équipe éducative n'est pas habilitée à donner des traitements médicamenteux.

* Médecin psychiatre :

Les bénéficiaires ayant des problèmes psychiatriques importants devront être suivis par un psychiatre extérieur au Farra. Pour les petits problèmes mineurs, le généraliste pourrait intervenir ponctuellement dans le domaine psychiatrique. Il sera alors demandé que le médecin communique à l'équipe tout changement de médication par écrit. Sans écrit, l'équipe éducative n'est pas habilitée à donner des traitements médicamenteux.

* Hospitalisation :

Sauf avis contraire des familles ou du représentant légal, les résidents sont dirigés prioritairement vers la clinique Ste Elisabeth/ St Jean pour toute hospitalisation.

En cas d'urgence, le patient pourra être dirigé vers un autre hôpital en fonction de la décision du médecin.

Les frais d'hospitalisation sont à charge du patient.

* Kinésithérapeute/ infirmier, autre paramédical :

En hébergement, nous n'avons ni kinésithérapeute salarié, ni infirmier. Chaque bénéficiaire pourra avoir une prise en charge paramédicale individualisée pour autant qu'il soit en possession d'une prescription médicale. Le résident pourra faire appel à son propre

kiné, infirmier, logo,... ou demander que l'hébergement lui fournisse le service d'un travailleur paramédical indépendant. Chaque prise en charge sera facturée au résident. Celui-ci recevra les documents nécessaires à son remboursement INAMI. Il sera demandé que les prises en charge paramédicales personnelles soient organisées en fonction de l'organisation des activités du centre et du retour en centre d'hébergement. Pour ce faire, un contact préalable entre la chef éducatrice et le prestataire de soins devra avoir lieu.

b - Prise en charge

La prise en charge s'effectuera dans 2 unités de vie :

- l'une au rez-de-chaussée, accueillant les personnes à mobilité réduite, les vieillissants et les polyhandicapés
- l'autre au 1^{er} étage accueillant les personnes valides ;

Ceci est une obligation imposée par le service des pompiers.

Les bénéficiaires du service « court-séjour » sont accueillis, au sein des unités de vie, tout en respectant les mêmes caractéristiques liées à l'infrastructure.

L'accompagnement de la personne

L'équipe, composée d'éducateurs, devra être à même de pouvoir prendre en charge les résidents des 2 étages.

Nous pourrions envisager de mettre toujours les mêmes travailleurs dans une unité de vie et une autre équipe dans l'autre. Cette solution aurait un impact sur leur temps de travail et leur temps de présence au centre. En effet, la présence en journée des éducateurs n'est demandée que pour les personnes vieillissantes. Les différents horaires de travail devront être modifiés afin d'avoir suffisamment de personnel pour les nursings du matin et du soir. L'avantage par contre d'avoir des équipes fixes est de pouvoir devenir de plus en plus compétent avec telle ou telle population.

Notre centre aura la particularité d'accueillir une population assez hétérogène. Cela va nous demander des connaissances multiples et une adaptation régulière.

Nous devons avoir les connaissances théoriques, médicales, éducatives et autres pour les différents handicaps que nous allons accueillir. Il est important de tout mettre en œuvre pour la formation du personnel.

L'hébergement :

- prend également en charge les visites aux familles et toutes les visites médicales ;
- est en lien avec le personnel médical lors d'hospitalisations ;
- met tout en œuvre pour trouver des week-ends de répit ou encore des semaines de vacances pour les résidents qui le désirent ou qui en auraient besoin.

Déroulement d'une journée type :

Avant 8h30 :

- * Nursing et déjeuner des résidents fréquentant un centre de jour (Farra Stratégie ou autre). Déjeuner au réfectoire en fonction des départs en centre de jour.

Avant 9h30 :

- * Nursing et déjeuner des résidents fréquentant un centre de jour (Farra CJ Méridien).
- * Nursing et déjeuner des résidents « pensionnés », qui resteront au centre d'hébergement. Ces étapes se dérouleront dans un cadre plus serein et selon un rythme adapté à leur âge.

Avant midi :

- * Diverses activités sont proposées pour les personnes vieillissantes (et éventuellement aux résidents en congé au niveau du centre de jour).
- * Cette grille d'activités requiert une certaine souplesse car les éducateurs du centre d'hébergement doivent également gérer et accompagner le résident lors des rendez-vous médicaux.
- * Il est important de noter que, si nos résidents vieillissent, leurs parents prennent également de l'âge et certains d'entre eux ne sont plus capables de se déplacer. Dès lors, nous organisons des visites à ces parents (en maison de repos ou autres) afin de maintenir le lien familial avec le résident.

A midi : le repas sera donné au rez-de-chaussée dans le local prévu pour les repas. Les personnes de l'hébergement n'utiliseront le « réfectoire » que lorsque le centre de jour ne l'utilise pas. Ce repas en petit comité va permettre de prendre le temps nécessaire pour chacun

De 13 à 14 h : moment libre (sieste en chambre, TV, prise en charge individuelle, jeux de société...)

L'après-midi : le même système que le matin est appliqué.

L'équipe présente prendra également en charge les résidents malades qui ne peuvent, en raison de leur état de santé, fréquenter le centre de jour. L'équipe présente se chargera d'accompagner les bénéficiaires aux différents rendez-vous médicaux.

À partir de 16h : Retour des usagers des centres de jour et prise du goûter en fonction des arrivées.

Vers 17h : début des nursings.

18h30 – 20h : repas du soir au réfectoire en fonction des unités de vie. Nous ne pouvons concevoir un réfectoire avec 24 personnes réunies ; c'est pourquoi nous souhaitons mettre 2 moments de repas.

20h – 22h : La soirée est aménagée de manière à ce que chaque résident puisse trouver un espace qui lui convient (des programmes télévisés sont proposés, des moments conviviaux en petites « unités » sont organisés).

La mise au lit :

Elle se fait de manière à respecter le rythme de chacun.

Par mesure de sécurité, certains résidents nécessitent la présence de 2 personnes pour la mise au lit.

La nuit : 2 éducateurs veillent à la sécurité, au bien-être de chacun.

Prise en charge durant le week-end

Durant le week-end, le rythme est moins soutenu afin de donner aux résidents un repère dans le temps et leur offrir l'occasion de se détendre, comme tout un chacun.

Le lever se fait plus tardivement tout en veillant à respecter les heures de prise de médicaments.

Contrairement à la semaine, il n'y a pas d'activités proprement dites organisées sur le « planning ».

L'équipe éducative propose davantage de prises en charge ou sorties individuelles.

Des excursions peuvent être organisées épisodiquement.

C'est également l'occasion de « bricoler », de réaliser quelques objets de décoration pour leur chambre ou le salon, de préparer un goûter plus particulier, etc.

Le week-end est également réservé aux sorties « achats de vêtements » ou autres, qui sont impossibles à un autre moment durant la semaine du fait qu'ils fréquentent le centre de jour. Certains moments sont réservés à l'accompagnement du résident dans des activités de la vie journalière (rangement de sa chambre, de son armoire...).

Le week-end représente également un moment privilégié pour rencontrer les familles ; il s'agit de moments d'échanges informels, de partage d'informations, d'échanges quant aux difficultés éventuellement rencontrées, etc.

Le Farra se montre assez strict sur le respect des horaires de départ ou de retour en famille afin de permettre justement aux éducateurs d'être disponibles pour accueillir les familles.

Visite des familles : un local est prévu à cet effet ou encore peut avoir lieu dans la chambre du résident.

c. Coordination interdisciplinaire de la prise en charge (existence d'un référent assurant le suivi du projet...)

Pour l'équipe, il est important que la personne handicapée puisse être le mieux possible « actrice » de sa vie. Nous reconnaissons par là les capacités et les compétences de la personne handicapée mais aussi celles de sa famille et de son entourage.

Il est donc essentiel d'avoir un référent pour coordonner une prise en charge (dossier COCOF, approfondissement des relations en réseau, sorties et socialisation, situations familiales complexes, souhait que les parents soient plus impliqués pour les synthèses....)

Le rôle du référent :

- Liaison au quotidien autour de l'utilisateur ;
 - Etre une référence pour le résident, les collègues et la famille ;
- ⇒ Etre vigilant et défendre l'intérêt de la personne ;
- ⇒ Veiller à ce que le résident reste au centre de son projet ;
- ⇒ Interpeller, solliciter les collaborateurs.

La fonction de référent est assurée par un éducateur.

d. Collaboration, concertation, coordination et évaluation au sein de l'équipe

Par diverses réunions :

Entre équipes, entre membres du staff, avec les familles, avec les intervenants extérieurs ;

D'organisation, médicale, de supervision, d'Intervision, de Plan d'intervention individualisé (PII) et suivi ;

Avec les usagers ;

Avec les familles, parents et représentants légaux ;

Conseils des usagers.

Le Farra collabore, également, avec les superviseurs d'équipe et les médecins afin d'aider les équipes dans leur approche et leur accompagnement quotidien.

e. L'encadrement

A la date du 2 novembre 2014 en fonction des arrêtés actuels, nous aurions droit à 14.50 ETP (actuellement, nous avons 11.36 ETP) ; nous pourrions donc engager 3 ETP en plus pour les 3 nouvelles places.

Dans cet ETP, nous avons 1 TP de chef éducateur et 1 ETP de sous-directeur/ responsable de centre (chef de groupe).

Pour l'équipe technique, (qui travaillera sur l'ensemble du site), nous augmenterons les normes de 1.22ETP (CJ+CH) dont 1ETP pour les repas extérieurs.

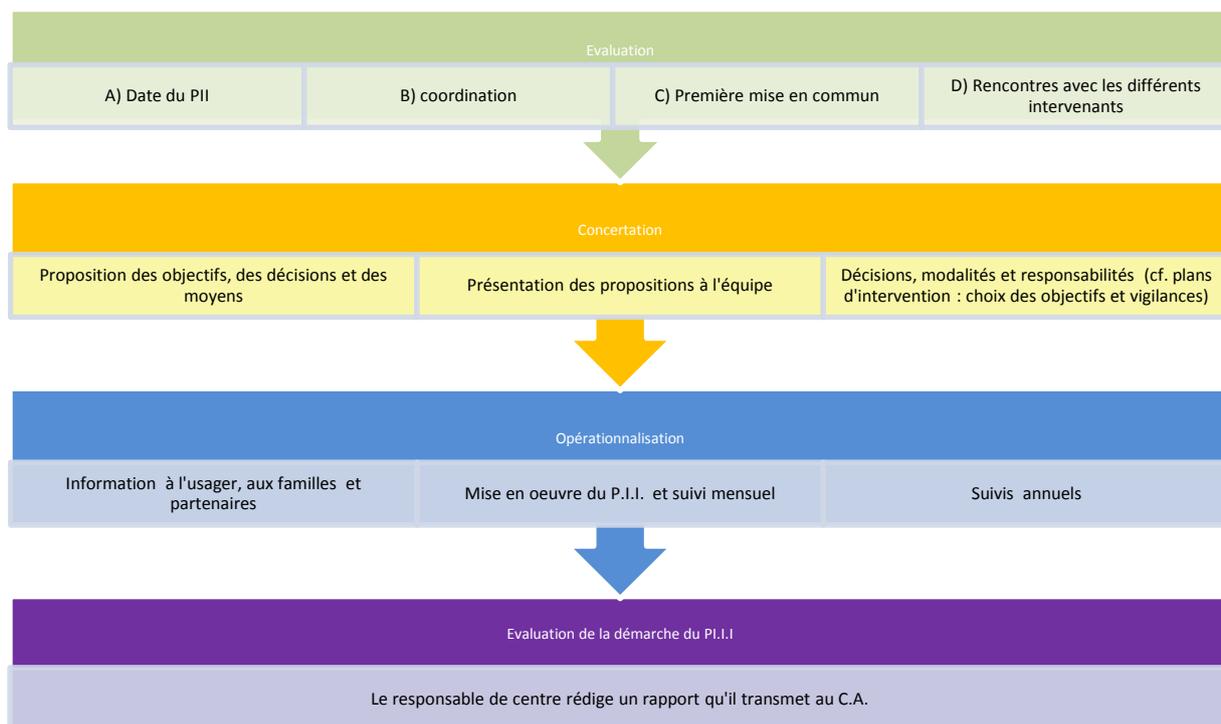
2.4 Elaboration du projet individuel et évaluation

Chaque résident a un projet individuel nommé P.I.I.

Préalables :

- Le P.I.I. s'organise **aux alentours de la date d'anniversaire** du bénéficiaire.
- La personne qui **coordonne** le processus du P.I.I. est **le responsable du Centre**.
- Récurrence.
 - **Tous les cinq ans**.
 - La **préparation** commence **trois mois avant** la date du P.I.I.
 - **Réévaluation annuelle** sous forme de suivi.

Les étapes :



Organisation :**Evaluations initiales (avant P.I.I.)**

C'est l'étape au cours de laquelle les intervenants évaluent, selon les modalités définies, des caractéristiques de l'individu, de son environnement et de ses habitudes de vie.

Concertation (Réunion du P.I.I.)

En concertation, le référent et le responsable de centre choisissent et rédigent des propositions d'objectifs, les particularités à observer (attitudes éducatives, aspects familiaux, médicaux et activités) et les moyens utilisés.

A la date fixée préalablement par le responsable de Centre, au cours d'une rencontre animée par le chef-éducateur, le référent présente les propositions d'objectifs, de vigilances et de moyens à l'équipe interdisciplinaire en vue d'arrêter les choix, les modalités et responsabilités.

Opérationnalisation**A) Information à l'utilisateur, aux familles et aux partenaires :**

Le référent veille à ce que la famille / le représentant légal et les différents intervenants soient informés des conclusions (il collabore à cette intention avec l'assistante sociale).
Le référent veille aussi à ce que le bénéficiaire en fonction de ses compétences soit informé des décisions qui le concernent.

B) Mise en œuvre du P.I.I. au quotidien et suivi mensuel :

Mettre en œuvre les décisions qui ont été prises lors de la détermination des objectifs afin que ceux-ci soient opérants (contacts, réalisation de matériel, rappels aux collègues, aux partenaires ...).

Compléter mensuellement le document « Plan d'intervention : suivi mensuel ».

C) Suivi annuel : (Evaluation de l'atteinte des objectifs et vigilances).**A. Avant la réunion :**

- Le référent relit le P.I.I., le dernier suivi annuel ou les fiches « plan d'intervention : suivi mensuel ».
- Suite à ces lectures, le référent relève par écrit les points importants et interpellants.
- L'assistant social prendra contact avec les différents partenaires (famille, hébergement, centre de jour, etc...)

B. La réunion :

- Le référent présente son travail préalable.
- En équipe, on évalue la mise en œuvre des objectifs et des vigilances.
- Ensemble, nous tirons les conclusions : soit l'objectif est atteint, soit il doit être poursuivi ou renforcé, soit il doit être réajusté.
- On vérifie s'il existe des nouveaux besoins.

C. Après la réunion :

- Réactualiser le portrait suite aux conclusions de la réunion du suivi annuel.
- Mettre en œuvre les nouvelles décisions et poursuivre les autres, et information (contacts, réalisation de matériel, rappel aux collègues, aux partenaires, ...).
- Le référent informe individuellement le bénéficiaire des conclusions.

Evaluation de la démarche P.I.I.

Lors de la rédaction du rapport d'activités annuel transmis à la direction générale, au C.A. et à la COCOF, les responsables de Centre évaluent l'ensemble de la démarche

2.5 Facteurs de confort

2.5.1. Période de fermeture éventuelle

Le Farra Bruxelles Capitale centre d'hébergement est ouvert toute l'année. Trois journées pédagogiques seront organisées par an ; les résidents vieillissants sont alors accueillis par les centres de jour de l'ASBL afin de permettre une participation de toute l'équipe à ces journées.

2.5.2. Organisation de l'accueil de la personne handicapée et de sa famille

- Les visites sont déconseillées en semaine ; si elles sont indispensables pour une raison motivée, elles doivent être annoncées au moins la veille. Elles sont autorisées le samedi et le dimanche entre 14 heures et 16 heures.
- Les heures d'arrivée et de départ de l'institution ont lieu de 10 heures à 12 heures, de 16 heures à 17 heures ou encore de 18 heures 30 à 19 heures 30.
- Les retours en famille auront lieu uniquement durant les week-ends et jours fériés ainsi que 24 jours ouvrables autorisés pour séjours extérieurs non organisés par l'institution.
- L'équipe éducative est disponible pour un contact téléphonique de 16 à 17 heures ou de 19 heures à 20 heures. La direction ainsi que le service social sont disponibles généralement aux heures ouvrables pour un entretien téléphonique.

- L'institution n'assure pas les transports lors des départs, retours en famille et visites du week-end dans l'institution.

REPAS

L'alimentation est une partie importante du projet de vie élaboré pour les personnes handicapées.

Les repas et leurs préparations sont autant de clefs vers les différents projets articulés dans l'institution :

- la communication : savoir ce qu'on va manger, le prévoir et en parler ;
- la dimension temporelle : le rythme des saisons respecté, signalé et organisé dans tous les aspects de la vie quotidienne ;
- la stimulation sensorielle : toucher, sentir, goûter ;
- la participation : préparer une partie du repas en activité ;

En semaine, deux repas sont servis chaque jour, le matin et le soir, le repas de midi (repas chaud) est distribué aux personnes vieillissantes ou aux personnes ne fréquentant pas le centre de jour.

Lors des week-ends et jours fériés, trois repas sont distribués, dont au moins un repas chaud, le midi ou le soir.

Les repas sont élaborés par un service traiteur en tenant compte :

- de l'équilibre alimentaire ;
- de la variété ;
- des saisons ;
- du budget ;

Les régimes alimentaires particuliers sont respectés dans la mesure où ils sont adaptables au départ des menus collectifs. Des aliments de confort pourront être distribués après discussion en équipe pluridisciplinaire et/ou à la demande des parents.

Les spécialités alimentaires qui n'entrent pas dans le budget ordinaire seront facturées aux résidents concernés.

2.5.3. Services internes

Une équipe de maintenance assure le nettoyage des différents lieux de vie, de nuit et des locaux administratifs. Cette équipe assure également le service de buanderie.

Le maintien de l'hygiène, de l'ordre est primordial pour le confort de nos bénéficiaires.

Cette équipe sera présente 7/7 jours.

2.6 Réseau relationnel

2.6.1. Partenaires concernés par l'action du centre

Le centre d'hébergement travaillera en étroite collaboration avec les centres de jour des résidents.

Souhaitant maintenir l'ouverture vers l'extérieur ainsi que la socialisation, le centre d'hébergement donnera à nos résidents l'occasion de rencontrer d'autres personnes handicapées venant d'autres centres et ceci au moyen de l'organisation de fêtes.

Le Farra recherchera pour certains résidents des vacances à l'extérieur avec différents services.

Ces séjours payants seront pris en charge par la personne handicapée avec l'accord de la famille ou de l'administrateur de biens.

D'autres partenaires peuvent également travailler avec nous comme les écoles, des scouts, certains commerçants, etc.

2.6.2. Mode d'organisation des relations personnelles des personnes handicapées avec leur entourage

a. Les relations avec les familles

Les visites des familles ou tuteurs seront une des modalités des relations personnelles. Celles-ci sont généralement organisées durant le week-end et dans une tranche horaire déterminée pour ne pas interférer avec l'organisation du centre d'hébergement, ni des centres de jour.

Le résident, accompagné d'un éducateur (idéalement son référent), pourra rendre visite à son parent que ce soit au domicile familial ou dans un home lorsque le parent est placé.

Des retours en famille pourront exister. Le rythme de retour en famille est négocié lors de l'admission et figure dans la convention personnalisée.

Pour certains résidents, le téléphone sera mis à leur disposition selon des repères précis et avec l'accord de la famille.

Les fêtes sont aussi un autre moyen d'entretenir les relations personnelles.

Une réunion annuelle est organisée après le PII ou le suivi afin de partager nos conclusions et objectifs avec la famille.

L'Asbl organisera, minimum 1 fois par an, une réunion de parents collective.

b. Les relations entre pairs

Le conseil des usagers se fera plusieurs fois par an.

c. Les relations avec l'extérieur ou autre

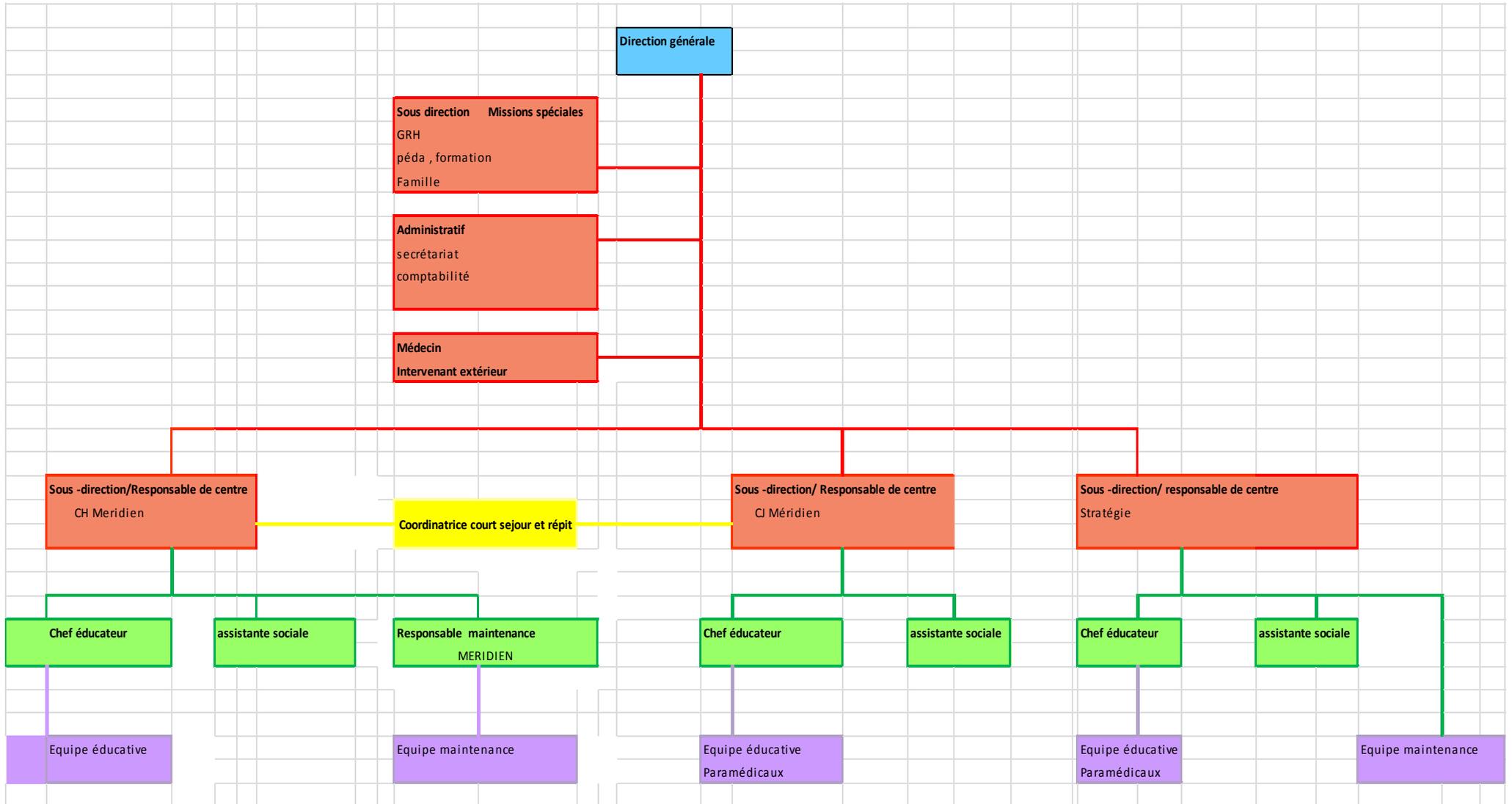
2.6.3. Lieux où les personnes accueillies exercent leur autonomie

Les modalités pour développer leur autonomie s'appuient sur les différentes philosophies exposées. Les lieux de vie, la vie quotidienne, les activités sont les moments privilégiés pour cette acquisition.

Pour qu'un projet d'autonomie ait des chances d'exister, il est important que chacun soit d'accord avec celui-ci, depuis les éducateurs, les paramédicaux indépendants, en passant par les services de maintenance ou administratif. Les modalités les plus usitées sont les supports visuels (concret, photos), support verbal, fragmentation de tâches en sous-étapes.

2.7. Personnel

2.7.1 organigramme



2.7.2 Fonctions et les rôles

Les rôles de chaque fonction seront développés dans le projet définitif

- Directeur général :
 - Mandaté par le CA pour la gestion journalière de l'Asbl ;
 - Structure, organise, dirige et contrôle ;
 - Rend compte au CA.
- Sous-directeur / Responsable de centre :
 - Par délégation de la direction générale, il assure la responsabilité de son agrément ;
 - Veille au bon fonctionnement de son service et au développement des aptitudes tant des bénéficiaires que du personnel ;
 - Assiste la direction générale ;
 - Rend compte à la direction générale.
- Chef éducateur :
 - Par délégation du responsable de centre, il assure l'organisation du quotidien ;
 - Veille au climat du service ;
 - Assiste et rend compte au responsable de centre.
- Assistant social :
 - Prend en considération la dimension familiale ;
 - Représente la famille du résident vis-à-vis de l'équipe ;
 - Gère des services pratiques et réalise certains actes administratifs en rapport avec le résident ;
 - Participe à l'admission ;
 - Contacte des partenaires extérieurs ;
 - Rend des comptes au sous-directeur/ responsable de centre.
- Educateur :
 - Assure l'accompagnement du bénéficiaire dans sa globalité, dans la complexité et les aléas de la vie au quotidien ;
 - Contribue au bien-être physique, à l'épanouissement, la vie sociale & culturelle ...
 - Est attentif à répondre aux divers besoins, à la cohérence des actions autour du bénéficiaire ;
 - Anime des activités de groupe, partage des situations de la vie journalière soit au sein du CJ soit à l'extérieur, soit en hébergement ;
 - Travaille en interdisciplinarité & est polyvalent ;

- Rend compte au chef éducateur.
- Secrétaire :
 - Agit par délégation de la direction générale (DG) ;
 - Assiste la DG dans l'organisation administrative et logistique des activités de l'Asbl ;
 - Contribue à la mise en œuvre des dossiers ;
 - Organise, coordonne la réception, le traitement et la transmission des informations ;
 - Rend compte à la DG.
- Comptable :
 - Agit par délégation de la DG ;
 - Assure, traite les mouvements financiers comptables ;
 - Gère, classe les pièces comptables et les dossiers de subvention ou autres ;
 - Etablit les situations comptables ;
 - Gère et établit les situations financières de l'ASBL pour la COCOF ;
 - Rend compte à la DG.
- Personnel de maintenance :

Suivant la tâche attribuée :

 - Contribue au confort de la vie journalière en assurant notamment la responsabilité de la maintenance de la maison, du bâtiment et du jardin ;
 - Assure la propreté de la maison et l'entretien du linge ;
 - Rend compte au sous-directeur responsable du centre d'hébergement.

Le Farra insiste sur la mobilité des collaborateurs au sein des différents services dans le respect de la loi. Le lieu de travail de nos collaborateurs peut être amené à changer pour répondre aux besoins de nos résidents

2.8 Implémentation

2.8.1 Situation du centre

- Arrêt de tram et gare à proximité
- Proche du centre ville bruxellois
- Parc du Botanique

2.8.2. Infrastructure du centre

- Snoezelen

- minibus ordinaire pour transports de loisirs et sorties diverses
- une voiture pour les transports individuels.

2.9 Utilisation du matériel spécialisé

2.9.1. Généralité

Les objectifs poursuivis sont de développer, de stimuler et de maintenir les acquis en vue d'atteindre un maximum d'autonomie dans les AVJ, au niveau de la motricité, de la communication, la socialisation, l'inclusion et au point de vue cognitif.

La valorisation et le sentiment de sécurité sont également des objectifs recherchés.

2.9.2. Utilisation d'un matériel spécialisé : dans la maison

- Liste :
- différentes utilisations de supports visuels
 - les fauteuils roulants : utilisés de manière ponctuelle soit en sortie
 - un lit électrique muni de barrières
 - aides au repas
 - au niveau sanitaire, des adaptations telles que barres de soutien dans les toilettes, baignoire à bulles adaptée, douche avec siège et accoudoirs, toilette avec accoudoirs et rehausseur, tapis de bains antidérapants, des barres d'appui sécurisé dans la douche et le long des baignoires, lève personne pour baignoire,...

3 – Le court séjour au cœur de l'hébergement

3.1 Introduction

Les familles ayant un de leurs membres qui est un handicapé mental sévère ou profond, sont confrontées à la nécessité de devoir organiser un accompagnement de tous les instants, que ce soit pour les déplacements, la toilette, le repas, les changes ou les activités de loisirs. Cet accompagnement permanent est épuisant. Dans ce cadre, le projet visera à leur permettre de garder une vie sociale équilibrée, d'avoir la possibilité de s'adonner à un loisir, de s'occuper d'un autre membre de la fratrie ou simplement de prendre un peu de temps pour soi ou de repos.

C'est la qualité du service « court séjour » qui conditionnera le sentiment de répit des familles.

De plus, il n'y a pas de répit valable, s'il n'y a pas de reconnaissance des compétences des parents.

La qualité du court-séjour est donc dépendante d'une réelle collaboration, d'un réel partenariat entre les parents et les professionnels.

Le sentiment de répit est lié au type de prise en charge offert. Le fait que la personne handicapée bénéficie d'occupations adaptées et que le personnel compétent puisse s'en occuper dans de bonnes conditions, apporte à la famille et à la personne concernée un sentiment de sécurité et réduit fortement la culpabilité de « passer la main » pour les parents.

Le projet se défend d'être une simple "garderie" : des moments de loisirs "actifs" et de découvertes, adaptés, seront organisés au sein des activités existantes du CH. Nous proposerons aussi des activités à l'extérieur le plus fréquemment possible (festivités locales, excursions, spectacles, ...) ou tout simplement des sorties telles que les promenades, les courses,...

L'esprit d'accueil dans une ambiance familiale favorise la convivialité et l'échange, le "sur mesure" dans le respect de la personne en tant qu'individu unique, avec son rythme et sa personnalité, son état de santé, ses possibilités d'autonomie, ses besoins propres et ses envies.

L'accueil est donc temporaire.

3.2 L'objectif

L'objectif est de prévenir l'épuisement physique et émotif des familles ou proches en présence d'un adulte ayant des troubles mentaux sévères ou profonds, de grande dépendance (polyhandicapés, adultes porteurs d'autisme, de troubles du comportement,...)

Nous ne travaillerons pas autour du projet individualisé au sens propre mais nous accompagnerons la personne dans tous les actes de la vie, en conservant ses acquis, en veillant à ce que ces moments de court-séjour au sein de notre centre soient des moments agréables pour tous, en lui proposant des activités, des rencontres,... mais aussi un toit, des loisirs.

Notre objectif est donc d'offrir un accompagnement le plus individualisé possible.

Nous souhaitons faire fonctionner le court-séjour **dans un second temps**, quelques mois après le déménagement ; nous souhaitons que chacun des bénéficiaires déjà accueillis, puisse prioritairement avoir le temps de gérer ce déménagement, gérer ces changements.

Le court-séjour va pouvoir permettre à chacun de retrouver ou découvrir la socialisation. Dans certains cas, cela pourra amener la personne à être accueillie à long terme dans un hébergement, au Farra ou ailleurs.

3.3- Finalité

L'accueil de nuit peut aller de quelques jours à quelques semaines avec une limite maximum de trois mois par an.

Le court-séjour est destiné aux personnes qui sont atteintes d'un handicap mental **sévère ou profond de grande dépendance** ayant ou non des troubles autistiques ou des troubles du comportement ou encore des polyhandicapés.

Ces places seront distribuées en fonction des places disponibles dans les unités de vie (rappel : pas de mobilité réduite au 1^{er} étage de l'hébergement).

Au court-séjour : nous aurons 5 places de court-séjour. Ces places (2 au rez-de-chaussée et 3 à l'étage ou l'inverse) pourront accueillir des personnes pour une durée allant de 1 semaine à 3 mois. Ces places pourront être régulièrement utilisées par les mêmes personnes pour autant qu'elles ne dépassent pas la durée règlementée par notre pouvoir subsidiant, à savoir 3 mois.

Nous envisageons dans un premier temps de mettre à dispositions 2 chambres pour séjour de 1 semaine à 1 mois, 2 chambres de 1 mois à 2 mois, une chambre pour des séjours allant jusqu'à 3 mois. Au cours de l'année, nous évaluerons les demandes et pourrons revoir notre souhait initial.

Il sera important de pouvoir accueillir ces nouveaux bénéficiaires dans le respect de l'accompagnement de tous ; les « courts-séjours » seront des invités dans le domicile des autres ; nous devons être attentifs à garder un équilibre dans le groupe.

Les résidents ayant une occupation de jour devront participer à leurs activités ou être en congé au CJ. Les transports du court-séjour vers leur propre CJ devraient être organisés par le CJ. Nous souhaiterions avoir la possibilité de pouvoir nous-mêmes organiser les transports pour les personnes présentes au court-séjour ; cela nous semble plus facile à organiser.

Les personnes n'ayant aucun centre de jour seront, eux, accueillis dans notre propre CJ, en répit.

3.4- Admission

Tout commence par une inscription. Les familles prennent contact par téléphone ou par mail avec l'assistant social.

Un rendez-vous sera fixé.

Cette rencontre permettra d'établir une convention d'entrée et de créer le carnet de bord.

Ce carnet reprendra toutes les informations concernant la personne à accueillir : nourriture, soins, médicaments, etc.

Toutes les informations seront utiles pour le personnel éducatif afin de fournir un accueil et un accompagnement adaptés et de qualité même pour une période déterminée.

La décision d'admission est prise par la direction générale, après rencontre avec l'équipe
Un coordinateur court-séjour/répét sera désigné pour travailler l'entrée, l'accueil, le suivi en collaboration avec les responsables des centres, les assistants sociaux, ...

Les **critères** pris en compte pour la suite à donner à ces candidatures sont :

L'accompagnement proposé par le service devra répondre aux besoins du candidat. Notre programme peut toujours faire l'objet d'adaptations ; néanmoins celles-ci devront être compatibles avec l'organisation et l'équilibre de l'institution ; c'est pourquoi nous serons attentifs à :

- l'intégration de celui-ci au sein du groupe existant (entente avec ses pairs, intégration au niveau des activités proposées) ;
- La capacité de l'équipe à faire face à l'ensemble des problèmes posés par le nouveau candidat de même que son interférence avec les autres bénéficiaires ;
- Répondre aux exigences imposées par le groupe de vie (marcheurs à l'étage, moins valides au rez-de-chaussée) ;
- être âgé de minimum 18 ans ;
- présenter une déficience mentale sévère ou profonde ;
- être dans l'incapacité d'effectuer, sans aide, les actes de la vie quotidienne ; cet état entraîne la nécessité de recourir à une tierce personne pour réaliser les tâches élémentaires (grande dépendance) ;
- Etre reconnu « C » et « de grande dépendance » ;
- Etre stabilisé d'un point de vue épileptique ;
- Ne pas avoir recours à une assistance respiratoire.

La responsabilité du centre est d'éviter que la personne ne constitue un danger pour les autres ainsi qu'elle ne soit elle-même mise en danger par les personnes déjà accueillies.

Il sera également tenu compte d'autres caractéristiques qui garantiront un accueil harmonieux au sein du centre d'hébergement, un accueil supportable et sécurisé pour tous, bénéficiaires et membres du personnel : nous serons attentifs notamment au niveau sonore, au nombre de « bruyants », à la gestion de la violence et de l'agressivité (nombre de personnes susceptibles d'un passage à l'acte, niveau de dangerosité des passages à l'acte, nombre de personnes susceptibles d'adopter des conduites dangereuses (ex : fugueurs,...).

Au vu de la population accueillie, nous souhaitons garder comme critère principal le handicap mental sévère et profond.

Nos équipes de professionnels sont formées pour ce type de population ; ceci permettra de garantir l'accompagnement approprié à la personne.

Il sera important de créer des liens, de garder le contact avec les services d'accompagnement qui pourront être, pour nous, une ressource mais qui le sont également pour les familles.

Le travail de la coordination entre tous les services nous semble important ; nous serons donc amenés à utiliser 0.5 ETP de chef éducateur.

3.5 - Organisation des prises en charge paramédicales et médicales

Le bénéficiaire qui utilisera le service de court-séjour devra nous fournir la liste des prestataires de soins médicaux ou paramédicaux comme généraliste, neurologue, psychiatre, kiné, infirmier,...)

Nous espérons pouvoir travailler en collaboration avec ceux-ci. Toutefois si cela devait s'avérer impossible, nous trouverons infirmier et kiné pour continuer les prises en charge. Pour les médecins, en cas de difficulté, nous nous adresserions à la « garde Bruxelloise ».

Toutes les prises en charge seront réalisées sous prescription médicale et seront à charge de la personne.

* Hospitalisation :

Sauf avis contraire des familles ou du représentant légal, les résidents sont dirigés prioritairement vers la clinique Ste Elisabeth/ St Jean pour toute hospitalisation.

En cas d'urgence, le patient pourra être dirigé vers un autre hôpital en fonction de la décision du médecin.

Les frais d'hospitalisation sont à charge du patient.

3.6 - Prise en charge

Le court-séjour

Même déroulement de journée qu'au centre d'hébergement. Le résident se rendra dans son centre de jour ; toutefois s'il n'a pas de CJ, il sera accueilli au centre de jour Méridien pour 9h30.

Le week-end, le résident aura la même prise en charge que les autres bénéficiaires : sorties, courses, activités d'inclusion seront au programme. Nous serons attentifs à respecter leurs besoins.

Conserver les acquis de la personne, via des prises en charge AVJ, de nursing et des activités de loisirs est une priorité.

Nous espérons que chacun puisse s'intégrer à l'une ou l'autre unité de vie, dans le respect de tous.

Une participation financière, conformément aux arrêtés, sera demandée tant au répit qu'au court-séjour.

- La notion du référent est également importante dans ces services :
 - Liaison au quotidien autour du bénéficiaire ;
 - Etre une référence pour le bénéficiaire, les collègues et la famille.

3.7. L'accompagnement

« La norme individuelle de court-séjour ou de répit (NIR).

En fonction du nombre de places réservées à l'accueil ou à l'hébergement de court-séjour ou de répit, la norme d'encadrement est complétée proportionnellement sur base du rapport entre la somme de la capacité agréée de base et du nombre de places supplémentaires réservées à ce type de prises en charge et la capacité agréée.

Si, au cours d'une période de deux années civiles, le taux d'occupation annuel moyen de ces places n'atteint pas 60 %, la nouvelle norme d'encadrement de l'année suivante établie pour ces places au sein du centre concerné est calculée au prorata de ce taux d'occupation,... »

(Extrait de l'arrêté)

Nous allons donc avoir, pour commencer le court-séjour (normes calculées en novembre 2014 sur base de l'arrêté actuel), 3,8 ETP d'éducateurs pour 5 courts-séjours pour le répit en journée. A cela s'ajoutera 1 TP de technicien de surface.

Pour maintenir ces travailleurs, nous devons avoir accumulé sur 2 années un taux de présence de plus de 60%.

Le personnel du court-séjour sera donc « mélangé » à l'équipe de CH dans chaque service.

Bien que le court-séjour nécessite un important suivi administratif, celui-ci n'est crédité d'aucune heure d'administratif ; il faudra donc veiller à ce que les documents administratifs des bénéficiaires soient pris en charge soit par le responsable du centre, soit par un ½ temps d'assistant social à prendre sur le quota du personnel éducatif.