

01 mai 2015

PROJET COLLECTIF DU CENTRE DE JOUR
MERIDIEN Farra Bxl capitale

PROJET COLLECTIF

Centre de jour

Et

répit

Farra Bruxelles capitale

Table des matières

1 – Objectifs généraux	4
2 – Caractéristiques du projet.....	4
2.1Présentation générale du centre.....	4
a. Type d’agrément	4
b. Entité connexe	4
c. Finalité	5
d. Options philosophiques.....	6
e. Cadre éthique	6
f. référence théorique	8
2.2 Populations accueillies	11
a. référence théorique.....	11
b. Niveau d’autonomie	13
2.3 Organisation générale	14
2.3.1- Admission au centre de jour	14
a. critères et procédure d’admission.....	14
b. critère set mesures de réorientation ou d’exclusion	15
c. Participation financière.....	16
2.3.2- Prise en charge	17
a - organisation des prises en charge paramédicales et médicales	17
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	26
2.5.1. Période de fermeture éventuelle	26
2.5.2. Organisation de l’accueil de la personne handicapée et de sa famille	26
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.....	28
handicapées avec leur entourage	28

a. Les relations avec les familles	28
B Les relations entre pairs	29
C Les relations avec l'extérieur ou autre	29
2.6.3. Lieux où les personnes accueillies exercent leur autonomie	29
2.7. Personnel.....	29
2.7.1 organigramme	29
2.7.2 Fonctions et les rôles.....	31
2.8 Implémentation.....	32
2.8.1 Situation du centre	32
2.8.2. Infrastructure du centre	33
2.9 Utilisation du matériel spécialisé	33
2.9.1. Généralité.....	33
2.9.2. Utilisation d'un matériel spécialisé : dans la maison	33
3- LE REPIT AU CŒUR DU CENTRE DE JOUR	33
3.1 Introduction.....	33
3.2 L'objectif	34
3.3- Finalité.....	35
3.4- Admission	35
3.5 - organisation des prises en charge paramédicales et médicales	36
3.6 - Prise en charge	38
3.7. L'accompagnement	38

1 – Objectifs généraux

- Accueillir la personne, adulte, handicapée mentale profonde et sévère, de grande dépendance, regroupant diverses générations ;
- Proposer un lieu d'activités sécurisant et sécurisé assurant le bien-être de la personne ;
- Répondre à la spécificité et aux besoins de chacun au moyen de projets individuels et collectifs ;
- Garantir un environnement social chaleureux et adapté ;
- Travailler en partenariat avec les familles et les réseaux.

2 – Caractéristiques du projet

2.1 Présentation générale du centre

a. Type d'agrément

Le centre de jour accueillera 25 personnes adultes, porteuses d'un handicap mental sévère ou profond, de grande dépendance, avec certains troubles du comportement dont :

- Au **maximum 8 personnes à mobilité réduite** (dont 2 places de répit), ayant recours à une tierce personne pour tous déplacements dont maximum 4 polyhandicapés.
- Au maximum 5 personnes ayant des troubles autistiques majeurs.
- 5 places de répit.

b. Entité connexe

Le Centre de jour est situé sur le même site que le centre d'hébergement. 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

Vis à vis de la personne accueillie

Offrir un **lieu de vie et une qualité de vie** à un mixte de personnes adultes (hommes et femmes) vivant avec une déficience mentale majoritairement 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 de jour se voudra être un lieu davantage axé sur *«l'être»* que sur *«le faire»*.
Les personnes handicapées de grande dépendance, avec un handicap mental profond ou sévère, éprouvent pour la plupart des besoins spécifiques, sans pour autant ressentir le besoin ou avoir la capacité de «faire», d'être «en activité», d'être occupées, toute la journée.

Nous souhaitons mettre l'accent sur la «personne», son schéma corporel, le «moi», la sécurité de base : se réaliser, avant de pouvoir réaliser quelque chose.
La notion de «faire avec» révèle toute son importance dans ce projet.

Le centre de jour visera le bien-être, la réalisation de soi, l'autonomie en fonction des potentiels de chacun ; il sera également tourné vers l'extérieur, la socialisation.
La vie quotidienne sera rythmée par des activités programmées selon les besoins et les centres d'intérêt de chacun conformément au projet individualisé.

Les activités proposées s'attacheront à maintenir et/ou développer les compétences manuelles et créatives, les compétences cognitives et langagières, les compétences d'autonomie, les compétences motrices, les compétences sensorielles et les habilités sociales.

d. Options philosophiques

Le centre de jour accueille les bénéficiaires 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 bénéficiaires ;
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 bénéficiaires :

Encourager les échanges entre bénéficiaires 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 bénéficiaire et aussi de « décoder » ce qu'il exprime.

Il doit également veiller à stimuler l'oralité des bénéficiaires 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 bénéficiaire.

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 :

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

- 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 évènements.

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

2.2 Populations accueillies

a. Références théoriques

Le centre de jour 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 DE JOUR :

Ouverture progressive du centre

Puisqu'il s'agit d'une toute nouvelle structure, nous pensons qu'une ouverture progressive doit être envisagée et ce, avec l'accord du pouvoir subsidiant.

La particularité de la population accueillie (notamment sa difficulté à appréhender le changement et la nouveauté) doit nous amener à aménager son accueil mais aussi le démarrage du service de manière très rigoureuse.

En effet, nous ne pouvons envisager de gérer l'entrée simultanée de tous nos candidats dans notre nouvelle structure, sous peine d'être dépassés par les événements mais aussi par les troubles du comportement, liés à ces changements et la perte de repères qui en résultera le plus souvent.

Un plan d'accueil progressif sur 12 mois devra donc être décidé et formalisé avec l'administration.

Cette période d'intégration progressive nous permettra de donner à chacun le temps et l'énergie dont il aura besoin pour s'intégrer, trouver ses repères dans son nouveau lieu d'activités et lui permettre ainsi de s'inscrire dans son projet de vie. Il est évident que la prise en compte de la réalité du terrain nous amènera peut-être à devoir envisager des modifications à notre programme initial. Cela fera l'objet de discussions et d'accords avec l'autorité subsidiaire.

REMPACEMENT D'UN RESIDENT :

Accueil d'un nouvel usager

Une place est vacante, il faut établir le profil du nouveau candidat.

- a. Procédure d'inscription, de rencontre, un stage d'une semaine.

Si la famille et le bénéficiaire 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 conventions personnalisées, le ROI (Règlement d'Ordre Intérieur) et le projet collectif seront la base de notre collaboration

- b. 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 du candidat « bénéficiaire » 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 candidat de même que son interférence avec les autres bénéficiaires ;
- Etre reconnu « C » et « de grande dépendance » ;
- mixité de genre, sociale et culturelle, équilibre du groupe ;
- absence d'assistance respiratoire permanente.

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 de jour, un accueil supportable et sécurisé pour tous : bénéficiaires et membres du personnel: nous serons attentifs notamment au niveau sonore (nombre de «bruyants», à la gestion de la violence et de l'agressivité (nombre de personnes susceptibles d'un passage à l'acte et le niveau de dangerosité des passages à l'acte , un nombre de personnes susceptibles d'adopter des conduites dangereuses (ex :fugueurs,...).

b. Critères et mesures de réorientation ou d'exclusion

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

Nous ne pourrions 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 bénéficiaires si elle estime que :

- a. L'état mental ou physique du bénéficiaire 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 bénéficiaire.
- 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 bénéficiaire 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 du bénéficiaire 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 bénéficiaire 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 « répits » 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 :

- Collaboration médicale :

Un médecin généraliste, engagé dans le cadre d'une convention de collaboration avec le service, assurera la référence médicale des équipes éducative et paramédicale qui accueillent et accompagnent les adultes qui fréquentent le Centre de Jour.

Ses missions au Centre de Jour se définissent comme suit :

- Responsabilité du dossier médical.
- Participation aux réunions d'équipe (au minimum une réunion d'équipe mensuelle) pour y soumettre un avis clinique et se porter garant du projet institutionnel.
- Réaliser un examen médical annuel et rédiger un rapport en vue de la synthèse ou du suivi de synthèse des adultes.
- Définir une politique d'intervention en cas de crise.
- Veiller à la prévention et à l'hygiène.
- Collaboration avec les familles des adultes selon les nécessités : contacts téléphoniques, épistolaires, rencontres.
- Collaboration avec le médecin traitant, les médecins spécialistes ou le milieu hospitalier des adultes.
- Réception et transmission des données médicales.
- Participer au processus d'admission des adultes.

- [Suivi médical du bénéficiaire :](#)

A l'inscription, le bénéficiaire communiquera, au responsable et /ou médecin du Centre de Jour, les coordonnées de ses médecins. (Généraliste, neurologue, psychiatre, dentiste,...)

A l'inscription, le responsable et /ou médecin du Centre proposera un formulaire médical à compléter par le médecin traitant du bénéficiaire et à nous remettre le plus rapidement possible.

Ceci est une condition d'admission. Ce formulaire figurera dans le dossier médical du bénéficiaire.

Le formulaire médical sera remis à jour annuellement (date de l'inscription).

Le cas échéant, le bénéficiaire ou son représentant légal met au courant le responsable et /ou médecin du Centre de Jour des médicaments et traitement à prendre en journée, ainsi que de toute modification de médication (même si elle concerne des médicaments pris en dehors du Centre).

Les médicaments et traitements seront administrés au bénéficiaire par l'équipe éducative et paramédicale.

Une prescription médicale sera fournie au centre pour tout médicament ou traitement administré en journée ce y compris les médicaments ordinaires (anti douleurs, anti diarrhéique...).

Sans prescription médicale, aucun médicament ou traitement ne seront administrés.

La famille et / ou le représentant légal veille à ce que la santé du bénéficiaire lui permette de fréquenter le Centre, sans préjudice pour lui-même, pour les autres, ou pour les membres du personnel.

A cette intention, il sera également demandé à la famille de tout mettre en œuvre pour que la santé et le bien-être physique et mental du bénéficiaire soient assurés.

Le bénéficiaire s'engage à consulter régulièrement (min 1/an) les différents spécialistes.

La consultation annuelle chez le médecin prescripteur est une condition minimale dans le cas de l'administration d'un traitement médicamenteux spécifique.

En cas de maladie contagieuse ou nécessitant des soins importants ainsi qu'en cas de troubles sérieux du comportement, le responsable et /ou médecin du Centre prévient la Direction Générale que le bénéficiaire ne peut plus fréquenter le Centre tant que son état ne s'est pas suffisamment amélioré.

Si, après s'être informée sur la situation en cours, la Direction Générale juge que l'état de santé du bénéficiaire le rendait incapable de fréquenter le Centre de Jour, elle en informerait la famille et / ou le représentant légal et prendrait les dispositions d'écartement nécessaires.

En cas de force majeure ou d'extrême urgence, la concertation entre les différentes parties aura lieu dans les trois jours ouvrables après la prise de mesure d'écartement.

Sauf avis contraire des familles ou du représentant légal, les bénéficiaires 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.

- Prises en charge paramédicales :

L'équipe paramédicale du centre de jour se composera d'un logopède, d'un psychomotricien et d'un ergothérapeute. Ceux-ci proposeront des prises en charge collectives ou individuelles en fonction de l'organisation du service.

Chaque bénéficiaire pourra néanmoins bénéficier, au sein du service, d'une prise en charge paramédicale individualisée (notamment pour un suivi kinésithérapeutique ou infirmier) pour autant qu'il soit en possession d'une prescription médicale.

Le bénéficiaire pourra faire appel au service d'un travailleur paramédical indépendant.

Dans ce cadre, le bénéficiaire assurera lui-même les frais relatifs à cette prise en charge personnelle.

Il sera demandé que les prises en charge paramédicales personnelles soient organisées en fonction de l'organisation des activités du centre. Pour ce faire, un contact préalable entre la chef éducatrice et le prestataire de soins devra avoir lieu.

b - Prise en charge

Le Centre fonctionnera autour d'«unités de vie» de 10 personnes (pendant les temps d'accueil, de repas, de pause, de réunion des usagers).

Ces unités devront pouvoir être gérées par un ou deux accompagnateurs (en fonction de l'organisation du travail).

Les personnes qui y seront accueillies devront donc pouvoir s'adapter au groupe et ne pas réclamer à elles seules une «surveillance» ou un accompagnement individualisé permanent.

Quelques propositions d'organisation :

- Unité de vie n° 1 (groupe de besoins n°1) comprendrait les bénéficiaires les plus dépendants au niveau des actes essentiels de la vie quotidienne (aide complète pour la toilette, le repas, les déplacements...). Ce groupe inclurait les personnes polyhandicapées, sans troubles du comportement.

- Unité de vie n°2 (groupe de besoins n°2) comprendrait les bénéficiaires disposant de capacités en terme d'autonomie individuelle (pour se lever, se laver, s'habiller, manger, se déplacer...), mais qui nécessitent des stimulations pour maintenir leurs acquis, voire pour progresser. Ces bénéficiaires ne présentent que rarement des troubles du comportement.

Soit

- Unité de vie n°1 (groupe de besoins n°1) comprendrait les bénéficiaires ayant besoin de beaucoup de structure ;

- Unité de vie n° 2 (groupe de besoins n°2) comprendrait les bénéficiaires ayant besoin d'activités plus occupationnelles.

Etc.....

Les groupes de vie seront déterminés au fur et à mesure des entrées et seront modifiables dans les premières années. Il serait souhaitable que certains éducateurs soient référents de leur groupe de vie pour apporter une stabilité, un repère au bénéficiaire.

Sur base des besoins et attentes des personnes, le centre proposera un cadre et un espace dans lequel pourra se construire et s'organiser un projet spécifique pour le bénéficiaire. Une place centrale sera réservée à la personnalisation de notre accompagnement dans un souci de bien-être.

Notre Centre proposera une série d'interventions concrétisées par une organisation temporelle structurée, par des activités et ateliers effectués en groupe ou en individuel, par une aide stimulante constante.

Les activités se feront par groupe de 4 à 5 bénéficiaires ou individuellement en fonction du personnel en place chaque jour.

A certains moments de la journée, en fonction du personnel présent, il y aura des prises en charge individuelles paramédicales.

Les activités proposées développeront également différentes compétences (manuelles, cognitives, d'autonomie, d'utilité sociale, motrices, ...).

Les activités sont des moyens pour atteindre des objectifs définis, l'organisation devra être souple et créative pour répondre au mieux aux besoins individuels.

Nous désirons développer les compétences des bénéficiaires dans les actes simples de la vie mais également les aider à s'intégrer au sein de la communauté dont ils font partie.

Toutes les activités seront développées dans la volonté de promouvoir au maximum l'autonomie des personnes handicapées, de répondre à leurs besoins ainsi que leurs souhaits propres.

Les activités n'étant qu'un moyen, elles pourront être changées et adaptées en fonction des besoins.

Nous proposerons des activités telles que les massages, le snoezelen, les expériences sensorielles, la stimulation des cinq sens (goût, toucher, vue etc. ..), la relaxation, la cuisine, la psychomotricité et les activités physiques adaptées, les contes, l'artisanat, le travail autour du corps/parole, des prises en charge individuelles ou collectives en ergo, logo... mais aussi des sorties, promenades, achats, piscine, hippo., visites, participation à des manifestations collectives etc...

« Espace soupape » :

Les intentions de départ du concept « espace soupape »:

- Répondre aux besoins individuels spécifiques qui se manifestent de manière inattendue et exceptionnelle ;
- Organiser l'environnement de manière à ce qu'il soit adapté aux besoins spécifiques de certains bénéficiaires mais en garantissant nous-mêmes le cadre (ne plus être dans l'urgence ou l'improvisation quand une situation inhabituelle se manifeste).

Nous envisageons un libre « accès » à un espace « soupape » afin de permettre aux bénéficiaires de s'y retirer ou s'y détendre lorsque les activités proposées leur semblent trop longues, lorsque leurs besoins ou leurs envies sont différents, non rencontrés, de façon à ne pas perturber l'entièreté du groupe.

Un travailleur se trouvera en permanence dans cette salle pour les y accueillir et leur proposer autre chose, être à leur écoute, ...

Nous espérons ainsi diminuer les troubles du comportement qui pourraient apparaître à certains moments de la journée.

Le groupe « soupape » n'est pas une activité ... On ne l'inscrit pas à l'agenda !

Important : c'est une alternative temporaire et imprévue (un bénéficiaire ne doit pas être orienté préalablement dans le groupe soupape !!!).

On entend le besoin de la personne au moment où il se manifeste et on l'oriente éventuellement vers cette alternative si on évalue que son besoin ne peut être rencontré dans le cadre de l'activité proposée (besoin de repos, malaise physique, besoin de calme, ...) ou que l'expression de ce besoin n'est pas compatible ou risque de malmener le bon déroulement de l'activité ou les autres bénéficiaires (perturbations, crise, refus d'accompagner, ...).

Déroulement d'une journée type :

7h00 et 7h30 : Départ des transports collectifs (en collaboration avec les fournisseurs du service et les familles).

8h00-9h00 : permanence et accueil des premiers bénéficiaires (arrivées des transports collectifs ou privés) au Méridien

9h00 : accueil des bénéficiaires dans les unités de vie : boissons, mises aux toilettes, changes, agenda collectif ou individuel, ...

10h00-12h00: activités (hors des unités de vie = dans les ateliers et/ou à l'extérieur)

12h-12h45 : repas 1er groupe

12h45-13h30 : repas 2eme groupe

13h-13h30: temps «libre» dans différents espaces

14h-15h30: activités (hors des unités de vie = dans les ateliers et/ou à l'extérieur)

15h45-17h00: départ via les transports collectifs ou individuels, au départ des unités de vie (en collaboration avec les fournisseurs du service et les familles).

Une organisation temporo-spatiale devra être réalisée pour permettre à chacun de s'y sentir bien. Les rythmes pourront être différents, nous pouvons envisager de réaliser des programmes sur des périodes différentes par année, par trimestre, par semestre.

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 soit, au maximum, «actrice» de sa vie.

Nous lui reconnaissons, en conséquence, des capacités et des compétences tout en reconnaissant également de celles de sa famille et de son entourage.

Il est donc essentiel d'avoir une personne de référence pour assurer et coordonner une prise en charge globale (en ce qui concerne la gestion du dossier COCOF, l'approfondissement des relations en réseau, les sorties et la socialisation, la gestion des situations familiales complexes, ...) avec le souhait que les parents, le représentant légal ou les proches soient autant que possible partenaires....)

Le rôle du référent :

- Liaison au quotidien autour de l'utilisateur ;
- Etre une référence pour le bénéficiaire, les collègues et la famille ;
 - ⇒ Etre vigilant et défendre l'intérêt de la personne ;
 - ⇒ Veiller à ce que le bénéficiaire 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 les équipes, entre les membres du staff et avec les intervenants extérieurs ;
- En ce qui concerne l'organisation, le médical, les supervisions, les interventions, le Plan d'intervention individualisé (PII) et les suivis ;
- Avec les usagers ;
- Avec les familles, parents et représentants légaux ;

- Les 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 pour 20 personnes accueillies à 8.7 ETP.

Parmi ces ETP, nous avons 1 ETP de chef-éducateur et 1 ETP de sous-directeur / responsable du 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.

Le personnel administratif est prévu pour l'ensemble de l'ASBL.

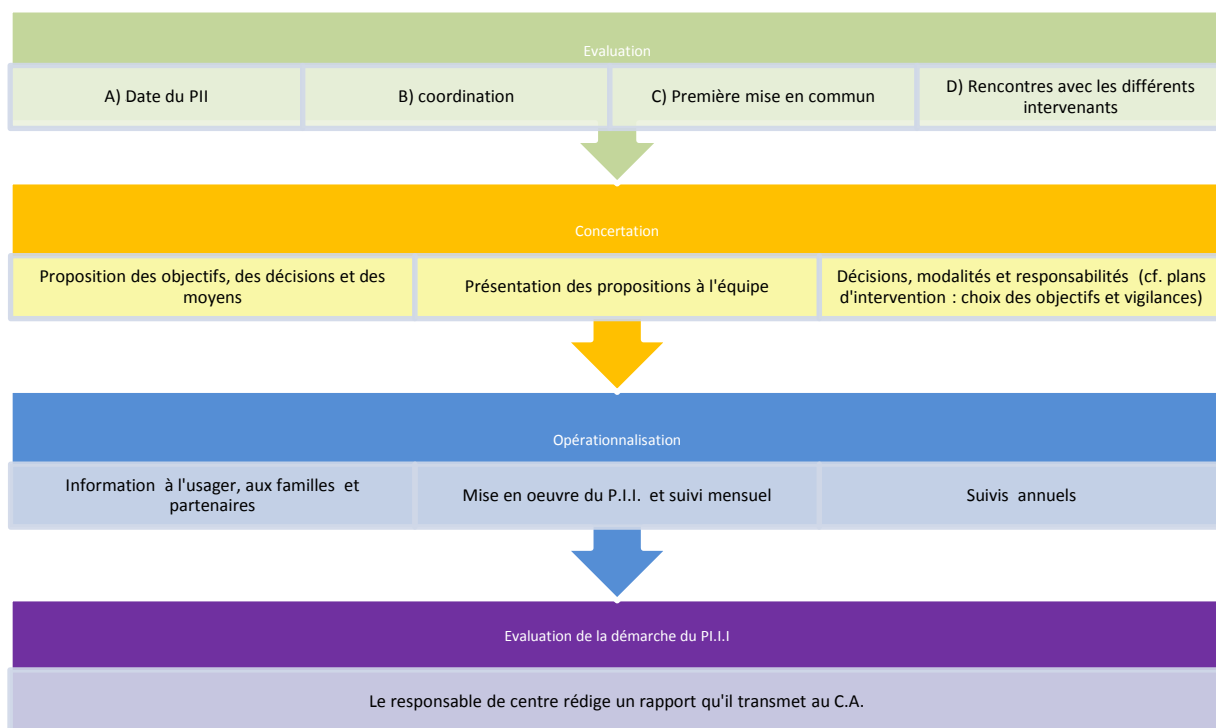
2.4 Elaboration du projet individuel et évaluation

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'usager, 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 Centre sera ouvert toute l'année sauf les week-ends et les jours fériés.
Les heures d'ouverture du centre sont 8H00 à 17H00.

Eventuellement, une fermeture pourra être envisagée pour les jours de «récupération» des jours fériés tombant le week-end.

Trois journées pédagogiques seront organisées annuellement. Les bénéficiaires pourront alors être invités à garder leur domicile pour permettre une participation de toute l'équipe à ces journées.

Des permanences physiques et téléphoniques seront assurées de 8H00 à 17H00, tous les jours de la semaine.

Le responsable de Centre (sous-direction) et le chef éducateur sont disponibles aux heures ouvrables pour un entretien téléphonique.

Des firmes extérieures privées assurent les transports du matin et soir entre le domicile et le Centre de Jour.

Le Centre dispose également de son propre minibus assurant ainsi les déplacements en extérieurs dans le cadre des activités et loisirs proposés.

Nous assurerons l'accompagnement des personnes handicapées vers des services extérieurs (bibliothèque, ludothèque, les piscines, les salles de sport etc...), dans le respect des programmes d'activités proposés aux bénéficiaires et d'un encadrement sécurisant et sécurisé.

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

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 ;

Les repas du midi 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 bénéficiaires 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 de jour travaille en étroite collaboration avec les autres services de l'asbl Farra Bruxelles Capitale : le centre d'hébergement, le centre de jour de la rue de la Stratégie et les services Répit et Court Séjour.

Il collabore tout particulièrement avec les centres d'hébergement des bénéficiaires accueillis.

Des contacts et des collaborations avec d'autres services d'accueil de jour ou d'hébergement sont encouragés.

Souhaitant maintenir l'ouverture vers l'extérieur ainsi que la socialisation, le service donnera aux bénéficiaires l'occasion de rencontrer d'autres personnes venant d'autres centres et ceci au moyen de l'organisation d'activités communes ou de fêtes.

D'autres échanges, partenariats et collaborations sont également mis en place avec des services généralistes ou spécialistes, bruxellois ou wallons.

Les formations et échanges permettent aussi d'élargir le cadre relationnel de l'institution et d'en faire profiter les bénéficiaires.

Le réseau relationnel s'élargit au réseau associatif du quartier avec lequel nous entretiendrons des contacts.

Le quartier est riche en infrastructures telles que commerces, salle de sport, centres culturels, parcs, transports en commun... Nos usagers profitent pleinement de cet environnement dans le cadre de l'intégration sociale, du développement de l'autonomie...

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

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

a. Les relations avec les familles

C'est la convention personnalisée qui régit les relations entre l'utilisateur, sa famille et le Centre de Jour.

La coopération avec les familles, fondée sur une confiance réciproque, sera fortement encouragée et fera l'objet d'une vigilance de tout instant.

Notre service social y sera particulièrement attentif.

Des rencontres seront prévues d'emblée au moment de l'admission de l'utilisateur, au moment du bilan de la période d'essai et au moment de la mise en place du P.I.I. et des suivis. Une réunion annuelle est organisée après le P.I.I. ou le suivi afin de partager nos conclusions et objectifs avec la famille.

D'autres rencontres seront organisées en fonction des besoins : problèmes ou urgences médicales, difficultés et crises familiales, difficultés comportementales et adaptations pédagogiques, conflits, non-collaboration entre la famille et le service.

Enfin des rencontres pourront être mises en place à la demande des familles : réorientation de l'utilisateur, candidatures, difficultés ou crises familiales, conflits, insatisfaction, soutien administratif.

Les rencontres pourront se tenir au Centre de Jour ou en famille.

L'assistant social restera la personne ressource pour les rencontres et les contacts avec la famille.

En fonction de l'objectif et du caractère de la rencontre d'autres membres de l'équipe participeront à l'échange : la Direction Générale, la sous-direction/ responsable du centre, le médecin, le chef-éducateur et le référent.

Les fêtes sont aussi un moyen plus convivial pour entretenir les relations cordiales avec les proches des usagers (fête de Noël, goûte du centre de jour,...).

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

Les relations des usagers avec le monde extérieur s'exercent lors des activités organisées par le centre de jour.

Les usagers sont amenés à côtoyer et à entrer en relation avec d'autres personnes et élargir leur cercle relationnel.

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 d'accueil, la vie quotidienne, temps conviviaux, les temps libres, les activités sont les moments privilégiés pour cette acquisition.

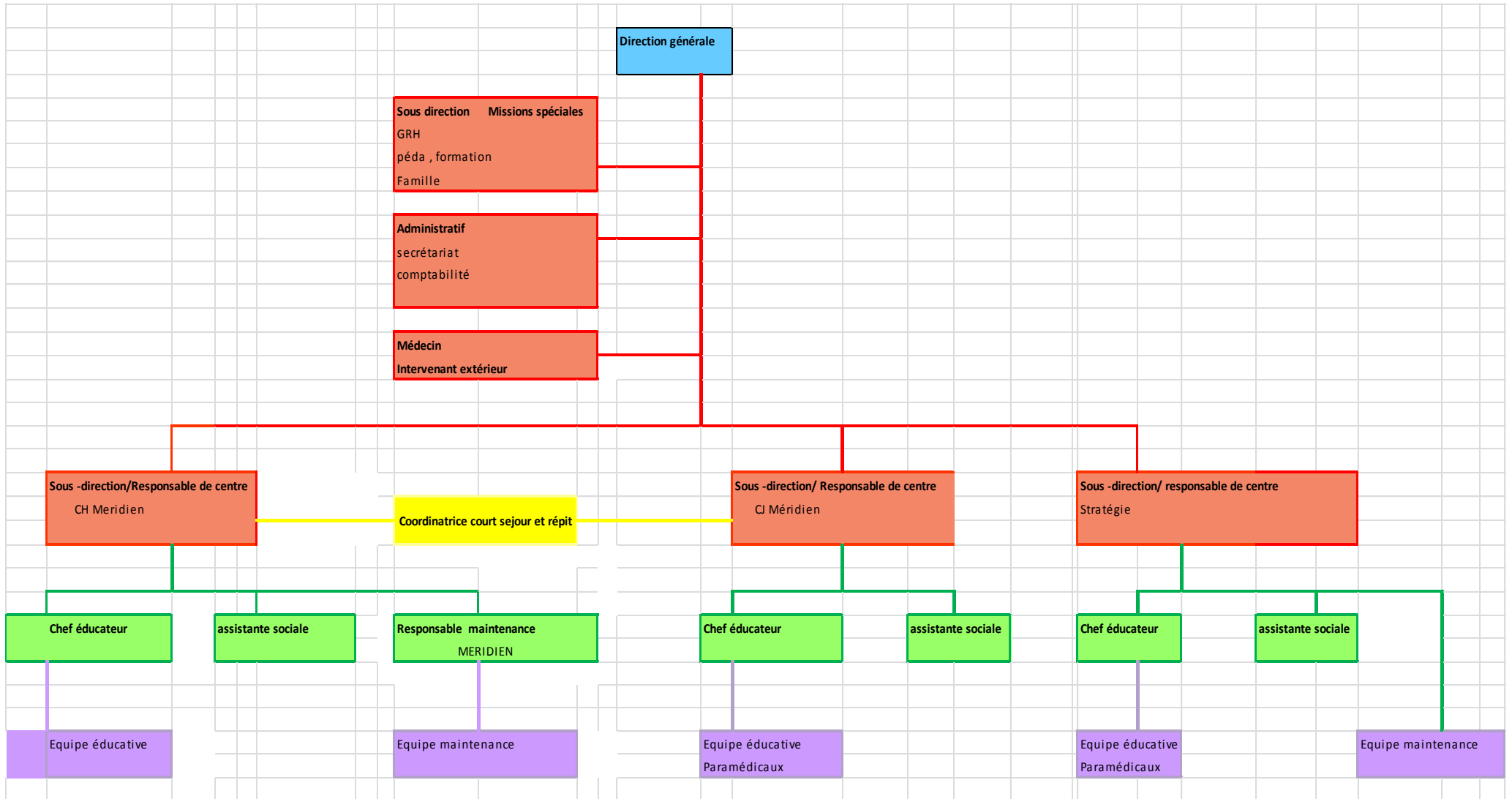
Pour qu'un projet d'autonomie ait des chances d'exister, il est important que chacun y adhère : le staff, les équipes éducative et paramédicale, le service social, le médecin, les paramédicaux indépendants, les services de maintenance ou administratif. Les modalités les plus usitées sont les supports visuels (concret, photos), supports verbaux, supports de communication alternative, fragmentation de tâches en sous-étapes, l'imitation etc...

2.7. Personnel

2.7.1 Organigramme

01 mai 2015

PROJET COLLECTIF DU CENTRE DE JOUR MERIDIEN Farra Bxl capitale



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.
- Coordinateur répit/court-séjour : à définir
- 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 et 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 et 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 bénéficiaires.

2.8 Implémentation

2.8.1 Situation du centre

- Arrêt(s) de tram et bus, station de Métro et gare(s) 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
 - 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 répit au cœur du centre de jour

3.1 Introduction

Les familles ayant un de leurs membres présentant une déficience mentale sévère ou profond, sont confrontées à la nécessité d'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 cette optique, le projet a pour ambition de 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 « répit » 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 répit 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 Centre de Jour. 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 sera 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 répit au sein de notre centre soient des moments agréables pour tous, en lui proposant des activités, des rencontres, des loisirs.

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

Nous souhaitons mettre en place le service Répit **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 Répit 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 service d'activités de jour ou d'hébergement, au Farra ou ailleurs.

3.3- Finalité

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

Le répit 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 du service de Jour.

Au Répit : Nous aurons 5 places de répit (jour) ; nous pourrions envisager plusieurs cas de figure :

1^{er} cas de figure : La personne vient 1 ou 2 journées /semaine, selon un rythme récurrent. Elle apprend ainsi à connaître son groupe de vie, le service, les coutumes et usages, les autres bénéficiaires et les professionnels. Parallèlement, nous apprenons à la connaître : la personne est attendue et donc reconnue. Elle participera à toutes les activités proposées.

2^{ème} cas de figure : La personne vient pour une plus longue période, pour donner du répit en journée à ses proches.

Pendant son séjour, la personne pourra aussi bénéficier du court-séjour du Méridien, s'il n'est pas déjà inscrit dans un hébergement

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/répit 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 ;
- Etre âgé de minimum 18 ans ;
- Présenter une déficience mentale sévère ou profonde ;
- Etre 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 de Jour, 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 : fugeurs,...).

Au vue 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

A l'inscription, le bénéficiaire communiquera, au responsable et /ou médecin du Centre de Jour, les coordonnées de ses médecins. (Généraliste, neurologue, psychiatre, dentiste,...)

A l'inscription, le responsable et /ou médecin du Centre proposera un formulaire médical à compléter par le médecin traitant du bénéficiaire et à nous remettre le plus rapidement possible et obligatoirement avant l'accueil effectif.

Ceci est une condition d'admission. Ce formulaire figurera dans le dossier médical du bénéficiaire.

Le cas échéant, le bénéficiaire ou son représentant légal met au courant le responsable et /ou médecin du Centre de Jour des médicaments et traitement à prendre en journée, ainsi que de toute modification de médication (même si elle concerne des médicaments pris en dehors du Centre).

Les médicaments et traitements seront administrés au bénéficiaire par l'équipe éducative et paramédicale.

Une prescription médicale sera fournie au centre pour tout médicament ou traitement administré en journée ce y compris les médicaments ordinaires (anti douleurs, anti diarrhéique...).

Sans prescription médicale, aucun médicament ou traitement ne seront administrés.

La famille et / ou le représentant légal veille à ce que la santé du bénéficiaire lui permette de fréquenter le Centre, sans préjudice pour lui-même, pour les autres, ou pour les membres du personnel.

A cette intention, il sera également demandé à la famille de tout mettre en œuvre pour que la santé et le bien-être physique et mental du bénéficiaire soient assurés.

En cas de maladie contagieuse ou nécessitant des soins importants ainsi qu'en cas de troubles sérieux du comportement, le responsable et /ou médecin du Centre prévient la Direction Générale que le bénéficiaire ne peut plus fréquenter le Centre tant que son état ne s'est pas suffisamment amélioré.

Si, après s'être informée sur la situation en cours, la Direction Générale juge que l'état de santé du bénéficiaire le rendait incapable de fréquenter le Centre de Jour, elle en informerait la famille et / ou le représentant légal et prendrait les dispositions d'écartement nécessaires.

En cas de force majeure ou d'extrême urgence, la concertation entre les différentes parties aura lieu dans les trois jours ouvrables après la prise de mesure d'écartement.

Chaque bénéficiaire pourra bénéficier, au sein du service, d'une prise en charge paramédicale individualisée (notamment pour un suivi kinésithérapeutique ou infirmier) pour autant qu'il soit en possession d'une prescription médicale.

Le bénéficiaire pourra faire appel au service d'un travailleur paramédical indépendant. Dans ce cadre, le bénéficiaire assurera lui-même les frais relatifs à cette prise en charge personnelle.

Il sera demandé que les prises en charge paramédicales personnelles soient organisées en fonction de l'organisation des activités du centre. Pour ce faire, un contact préalable entre la chef éducatrice et le prestataire de soins devra avoir lieu.

Sauf avis contraire des familles ou du représentant légal, les bénéficiaires 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

Les activités proposées s'attacheront à maintenir et/ou développer les compétences manuelles et créatives, les compétences cognitives et langagières, les compétences d'autonomie, les compétences motrices, les compétences sensorielles et les habilités sociales.

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 et pour le répit en journée. A cela s'ajoutera 1 ETP 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 répit sera donc «incorporé» à l'équipe de CJ dans chaque unité.

Bien que le répit 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.