



Ekrips

www.delcampe.net

PROJET DE SERVICE (V3)



Le Tchession II – L'alleu de Sainte-Ode
Allée du centre de vacances, 1 - B-6680 Sainte-Ode

Pouvoir organisateur : Le Tchelé asbl n° d'entreprise BE0 676 578 166





TABLE DES MATIÈRES

1.	POUVOIR ORGANISATEUR	4
2	AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE	4
3	HISTOIRE, MISSION, VISION, VALEURS	4
	a. Histoire.....	4
	b. La mission	4
	c. Vision	4
	d. Valeur.....	6
	e. Population cible	6
	f. Les références théoriques	6
4	MODE D'UTILISATION ACTUEL ET FUTUR DES RESSOURCES.....	7
	4.1 Les principes de mise en œuvre du projet de service	7
	a. Le respect.....	7
	b. L'inclusion	7
	c. L'autonomie.....	7
	d. L'autodétermination.....	7
	e. La communication	8
	f. La valorisation des rôles sociaux	8
	g. La prise en compte de la spécificité de la personne et de son environnement	9
	4.2 Des qualités à développer dans la mise en œuvre du projet de service.....	11
	4.3 Infrastructures	12
	4.3.1 Situation actuelle.....	12
	4.3.2 Situation future	13
	4.4 Implication de la personne	13
	4.4.1 Mode d'élaboration des projets individuels	13
	4.4.2 Partenariat avec les familles	14
	4.4.3 Les dossiers individuels	15
	4.5 Politique d'accueil.....	15
	4.5.1 Admission et réorientation	15
	a. Procédures et critères de réorientation	17
	4.5.2 Roi.....	18
	4.5.3 Convention d'accueil	18
	4.5.4 Gestion des biens	18

4.5.5	Conseil des usagers	18
4.5.6	Traitement des plaintes et réclamations	18
4.5.7	Politique d'ouverture du service	19
4.6	Fonctionnement et organisation	19
4.6.1	Organisation en groupes de vie	19
4.6.2	Structuration des activités	19
4.6.3	Procédure de coordination et de concertation.....	22
5	PERSONNEL.....	23
5.1	Situation actuelle.....	23
5.1.1	Organigramme (voir ce document : M4.09.B)	23
5.1.2	Volume d'emploi par fonction	23
5.1.3	Définition de fonction	23
5.1.4	Politique de recrutement	23
5.1.5	Politique de formation	23
5.1.6	Horaires	25
6	ANNEXES.....	26

1. POUVOIR ORGANISATEUR

Le Tchslé ASBL, allée du centre de vacances, 1 à 6680 Sainte-Ode - n° d'entreprise BE0 676 578 166 depuis septembre 2016.

2 AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE

Le service est autorisé à prendre en charge en service résidentiel des adultes porteurs de handicaps sous le numéro APC 231

-50 personnes porteuses de handicaps peuvent être accueillies par le service.

3 HISTOIRE, MISSION, VISION, VALEURS

a. Histoire

Le projet se crée par la rencontre de personnes concernées par le handicap et ayant une histoire commune dans l'organisation de service pour personnes porteuses de handicaps.

Ces personnes créent une association qui développe un premier service à Xhoffraix en 2013, un second service à Ovat en 2015 et participe à la création d'un troisième service à Sainte-Ode en 2017. Ce troisième service sera rendu autonome et une asbl sera repreneuse dès que la viabilité financière sera assurée.

Cette condition est remplie dans le courant de l'année 2019 et une convention de cession de la branche d'activités est cédée par l'asbl Le Tchession à l'asbl Le Tchslé en septembre 2019.

C'est seulement le 11 décembre 2020, suite des problèmes générés par la pandémie de Covid 19, que l'acte authentique est signé chez le notaire Herincks à Bruxelles.

b. La mission

Construire un lieu de vie

- Qui permet à des adultes en situation de handicap d'être accueillis, de s'investir et de s'épanouir dans un « chez eux » à la fois bienveillant et ouvert sur le monde, d'y être reconnus comme des personnes avec des compétences et des capacités de choix et de prise de responsabilités,
- Qui se nourrit de et reconnaît l'apport des différents partenaires, au premier chef les familles et ou les tuteurs,
- Qui se développe comme une entité vivante animée par la créativité et l'engagement des différents acteurs internes, professionnels et résidents.

c. Vision

- Permettre à des personnes présentant des troubles envahissants du développement ou des troubles de comportement sévères de vivre dans un endroit
 - Sécurisé et sécurisant

- Qui leur permet de se sentir chez elles, en soulignant le caractère familial du lieu et l'ambiance qui y .
 - Qui s'inquiète de leur santé, quotidiennement, de manière préventive, et y apporte des réponses adéquates
 - Qui répond à leurs besoins vitaux et veille à ce qu'ils maintiennent leurs acquis
 - Qui leur permette de s'épanouir, de pratiquer des activités qui répondent à leurs besoins et d'occuper des rôles socialement valorisés
 - Qui reconnaît, soutient et développe leurs compétences
 - Qui est ouvert sur l'extérieur et s'inquiète d'inscrire les personnes dans un réseau social
 - Qui leur permet de développer un projet de vie, global ou particulier
 - Qui veille à développer un sentiment d'appartenance à un groupe de vie et de l'équilibre des relations
- Considérer les personnes dans leurs multiples appartenances familiales, sociales et historiques
 - Veiller à ce que le service développe des partenariats dans l'esprit d'un respect du choix des personnes, de leurs besoins et des contraintes des professionnels
 - Permettre aux familles de
 - Trouver des solutions concrètes qui répondent à la fois aux besoins de leur proche, et à leurs propres besoins,
 - Se vivre, malgré l'éloignement physique, comme parents responsables et compétents, et premiers partenaires de l'épanouissement de leur proche.
 - Considérer les familles et les tuteurs comme des partenaires privilégiés, recueillir leurs avis, susciter leur implication, tenir compte de leurs préoccupations, tout en préservant l'intimité des adultes accueillis.
 - Défendre le principe d'un service de qualité,
 - Dynamisé par un principe d'amélioration continue sur base d'une pratique de l'évaluation régulière,
 - Attentif à développer et mettre en œuvre des méthodologies formalisées,
 - Soutenu par une politique de formation continuée et réfléchi en regard des besoins des professionnels et du service dans son ensemble,
 - Soucieux que les membres de l'équipe interviennent et interagissent de manière cohérente et en respect de principes d'actions clairement énoncés,
 - Construit sur des règles de vie et de fonctionnement distinctement établies et respectées,
 - Favorisant et demandant l'implication de l'ensemble des professionnels.

d. Valeur

Le service adhère inconditionnellement à la **charte éthique** de l'association (voir Annexe 1 « S.A. – Historique et valeurs » du manuel qualité)

e. Population cible

Toutes les personnes accueillies et accompagnées au Tchession II présentent des déficiences associées qui les conduisent à une situation de handicap de grande dépendance et/ou une capacité d'intégration et d'inclusion réduite suite aux troubles sévères du comportement.

f. Les références théoriques

Le service développe ses services en référence à

- La valorisation des rôles sociaux
- La pyramide des besoins de Maslow
- La norme « PRP Bientraitance 9001-2015 » (Voir « Bientraitance 9001-2015 -ISO 9001-2015 »)

4 MODE D'UTILISATION ACTUEL ET FUTUR DES RESSOURCES

4.1 Les principes de mise en œuvre du projet de service

a. Le respect

Le respect sous-entend

- Le respect et la défense des droits et devoirs individuels et collectifs
- La prise en compte des singularités de chacun
- Le respect de soi et des autres

Le respect traverse l'ensemble des principes énoncés, considérant qu'il les anime mais ne les recouvre pas. En d'autres mots, il est essentiel mais non suffisant.

Le respect de la vie privée est assuré d'une part par l'infrastructure qui offre des chambres individuelles et la possibilité pour chaque résident de limiter l'accès aux professionnels s'il le désire et si ses compétences le permettent.

Le respect de l'intimité est une valeur qui est incluse dans les valeurs du service et qui doit être respectée par chaque professionnel dans chacun de ses actes.

Le respect de la vie privée est garanti par le règlement de protection des données (voir ces documents)

b. L'inclusion

Pour une bonne qualité de vie, le service organise au maximum, des compétences des bénéficiaires, l'inclusion dans la vie de la communauté villageoise où est situé le service et dans la vie de l'environnement social régional dont le centre est la ville Bastogne. Cette inclusion se fait d'une part par la participation des résidents aux activités communautaires phares de cette zone de chalandise et d'autre part par l'organisation d'activités et festivités pour les bénéficiaires et la population générale.

Cette inclusion repose sur la construction d'un réseau de partenaires, mobilisés au travers de collaborations et d'interventions structurées et pilotées.

c. L'autonomie

L'autonomie, c'est la capacité de répondre à ses propres besoins, de prendre et d'assumer ses décisions, tout en tenant compte de son entourage et de son environnement.

Les bénéficiaires ont intégré le service suite à une limitation de leur autonomie dans un des champs ci-dessus.

Le travail avec les bénéficiaires pour établir ou rétablir leur autonomie se focalisera donc sur ces items. (voir « projet individuel » PR.01.C » du manuel qualité)

Répondre à ses propres besoins par une éducation et rééducation sur base de l'analyse des compétences des besoins comme ils sont hiérarchisés par la pyramide des besoins de Maslow.

d. L'autodétermination

L'organisation du service et la mise en œuvre du projet sont construits avec le souci de soutenir la participation de chacun, professionnels et bénéficiaires, selon des dynamiques de partenariats qui garantissent le respect des complémentarités de chaque acteur.

Ce soutien à la participation se construit notamment sur

- Une prise en compte et un respect des avis de chacun, en gardant à l'esprit la nécessité d'œuvrer pour le bien commun,
 - Une reconnaissance et une valorisation des compétences de tous, dans le respect de leurs spécificités et non d'une quelconque hiérarchisation.
- Chaque bénéficiaire est libre de prendre ou refuser les activités, soins, prise en charge... qui sont proposés par le service (dans les limites du bien commun et de la bienséance commune). Il est loisible à chaque bénéficiaire de demander un service qui n'est pas proposé, et cette demande sera toujours examinée avec bienveillance et tous les efforts nécessaires seront faits pour répondre à la demande. (voir notamment le doc « les soins que je voudrais recevoir » PR.45.C et « que faire après ma mort » PR.46.C du manuel qualité)

e. La communication

La communication, c'est ce qui permet d'échanger des concepts, des idées, d'établir des liens et des relations. C'est l'échange, la transmission d'information et d'énergie, c'est la mise en commun, ce sont aussi les voies et les moyens de communication.

La communication relève de la relation, du fait de relier, mais également de pouvoir se comprendre, voire s'entendre...

La communication peut être définie comme le moyen le plus adapté de mettre en commun, de s'informer, de traduire des intentions et des messages à destination interne et à celle de l'environnement.

La communication donne forme, elle traduit une légitimité institutionnelle, elle met en marche une organisation et des systèmes

La confusion entre information et communication est par ailleurs un fait courant dans les établissements. L'information est un des éléments ou systèmes qui entre dans une politique de communication, elle n'en traduit pas tous les aspects.

La communication est au cœur de la définition des échanges collectifs, des liens formels et informels au sein même de l'institution et dans ses environnements humains, sociaux et techniques. Elle est liée à l'organisation et à la structuration des échanges de services, d'idées, de relations. La communication est spécifique en fonction de l'objectif et du groupe ciblé.

La communication au sein du service est organisée autour

- Du conseil des usagers
- De réunions thématiques des usagers
- De l'organisation de groupes de résidents où la parole est libre et non contrôlée par des professionnels
- Communication informelle

Cette forme de communication est nécessaire au fonctionnement de l'institution et au développement d'un bon équilibre. La communication ne peut pas être totalement régulée par des structures formelles prévues par des règles internes, les individus élaborent des modes d'échanges et d'informations qui échappent en partie à l'organisation pensée par la direction.

f. La valorisation des rôles sociaux

Base théorique du travail du service, la valorisation des rôles sociaux guidera chaque professionnel dans chaque partie de son travail, de ses interventions et de sa communication. Une formation à la valorisation des rôles sociaux est inscrite dans le plan de formation pour chaque collaborateur, chaque nouveau collaborateur, et un rappel régulier des principes sera fait au moins une fois tous les deux ans.

g. La prise en compte de la spécificité de la personne et de son environnement

« Chaque personne est unique et nous le reconnaissons » est une des phrases clé de la charte éthique.

L'élaboration du projet individuel prend en compte chaque composante physique, sociale, environnementale, psychique du bénéficiaire et propose des actions visant à la meilleure qualité de vie dans le respect des besoins explicites et implicites de la personne mais toujours avec sa participation et dans le respect de ses demandes et refus.

Si des résidents sont en situation de précarité au niveau financier (manque d'argent de poche par exemple), le service s'engage à lui fournir les moyens nécessaires à son épanouissement et à la participation à la vie sociale.

La sexualité est un besoin fondamental de chaque personne, elle relève de la liberté individuelle dans les limites de la bienséance ordinaire de la société dans laquelle la personne évolue. La sexualité est un droit reconnu entre personnes consentantes.

Chaque âge peut avoir sa spécificité (même s'il ne doit pas être une limite institutionnalisée). Chaque personne peut demander des modalités dans sa prise en charge selon les capacités et souhaits qu'il déduit de son sentiment d'appartenance à un groupe d'âge. Nous nous engageons à respecter alors ses souhaits autant que faire se peut.

La fin de vie doit pouvoir se passer, dans la mesure du possible, dans les lieux et conditions qui sont les plus acceptables et souhaitées par chaque personne et nous nous engageons à nous y conformer et à anticiper les souhaits ([voir les documents Pr.45.C les soins que je voudrais recevoir](#))

h. Le soutien à la parentalité

L'âge et les handicaps qui caractérisent la population accueillie ne permettent pas l'émergence de demande de parentalité. Cet aspect ne fait actuellement pas partie du projet de service et aucune compétence n'est disponible en interne pour l'envisager.

Si l'évolution de la population accueillie mettait cette demande en évidence ou si une demande ponctuelle émergeait d'un résident, il serait fait appel à un service spécialisé pour répondre à cette demande.

i. Travail en réseau et solidarité du réseau social

Le travail en réseau et avec le réseau social est l'élément primordial de l'inclusion.

Le recours aux services généralistes s'inscrit dans cette inclusion mais permet aussi de diversifier et enrichir les compétences autour du projet de service et des projets individuels.

Il s'agit de veiller, à la création du service, de s'adjoindre au moins les collaborations avec :

- Des services de santé et hôpitaux régionaux
- Des services de sports et de loisirs
- Des associations proposant des activités ponctuelles (marche, jeux de cartes, guides nature...)
- De bénévoles pour des activités ponctuelles ou récurrentes (accompagnement aux visites médicales, visites en cas d'hospitalisation, accompagnement pour activités externes demandant un accompagnement important (beaucoup de voitures par exemple)...
- Des entreprises ou organismes publics pour des activités préprofessionnelles

j. Collaboration et lien avec la famille

Les liens avec la famille ou avec son substitut s'il échet (tuteur) sont toujours privilégiés dans la mesure du possible. Sinon, et avec l'accord du tuteur légal, il est recherché des proches ou des bénévoles qui peuvent en être les substituts.

Ces liens sont maintenus

- Avec le résident
 - Par la possibilité de retour en famille
 - Par téléphone ou communication web
 - Par la possibilité d'accueil des familles dans le service
 - Par l'aide à un séjour de la famille dans un lieu proche du service avec le résident ou permettant pendant le temps du séjour un contact quotidien
- Avec le service
 - Par l'implication des familles dans le projet individuel
 - Par la transparence du service sur tous les aspects (sociaux, financiers, ressources humaines...) de son fonctionnement (information à la demande et information périodique systématique)
 - Par l'organisation de réunions avec les familles
 - Par la disponibilité permanente de la direction et des professionnels pour répondre aux interrogations des familles.

k. La politique de sanction

Pratiquer des sanctions n'est pas un élément d'éducation efficace dans le temps Pour résoudre un problème organisationnel comme un manque de personnel ou un défaut de prévention, il ne pourra en aucun cas y avoir des pratiques qui punissent, humilient, ou établissent une domination sur les bénéficiaires.

l. Contention et isolement

Contention et isolement ne peuvent être pratiqués que dans des cas extrêmes où la sécurité des personnes est gravement mise en cause. La contention ou l'isolement ne pourront jamais être entrepris pour une sanction après un comportement inadéquat, fut-il violent.

Aucun « barème » de contention ne peut être établi.

Si une contention devait être envisagée, une procédure existe ([Annexes PR.02.B « procédure contention »](#), [PR.11.C](#) – et [PR.14.C « enregistrement d'une contention »](#)).

La procédure de contention est documentée, signée par le médecin, une infirmière, un éducateur et le représentant légal du bénéficiaire.

L'application de la contention est documentée, horodatée, signée, contrôlée et limitée strictement dans le temps.

m. Les repas

La qualité organoleptique et diététique des repas est assurée par l'intervention dans la définition des menus d'un diététicien et les repas sont préparés par un cuisinier professionnel. Les particularités diététiques (diabète, sans sel, ...) et religieuses, philosophiques et de valeurs laïques sont respectées dans les menus proposés.

Les menus mixés sont présentés de la manière la plus agréable possible pour la vue.

Une diététicienne indépendante veille à l'équilibre des repas.

n. Le confort et la sécurité

Tant au niveau de l'infrastructure (voir ce point), que de l'organisation des prestations (voir ce point), le confort et la sécurité sont des points prioritaires dans la réflexion. Ils sont assurés par l'organisation en lieux de vie et leur adaptation architecturale, l'organisation des horaires et le nombre de travailleurs disponibles à chaque période de la journée. La nuit, hormis l'éducateur de nuit, sont appelables dans la minute, le coordinateur qualité, le concierge et une personne de l'équipe d'entretien.

4.2 Des qualités à développer dans la mise en œuvre du projet de service

a. Bienveillance

Dans la mise en œuvre du projet et de l'ensemble des actions qui l'actualise, tout acteur institutionnel, est soucieux d'agir avec bienveillance, guidé par une intention positive, dans la recherche du bien commun. (Voir [Bientraitance 9001-2015](#), [la Charte Bientraitance](#) et [« Cartographie des risques de maltraitance » M2.X.C du manuel qualité](#))

b. Non-jugement à priori

La mise en œuvre du projet et les actions qui le réalisent se construisent sur une observation neutre des situations, dans une recherche continue d'un bien commun au centre duquel est la qualité de vie du résident.

c. Reconnaissance des compétences

Il est entendu que l'ensemble des acteurs est reconnu dans ses compétences, elles-mêmes évaluées et valorisées dans leur particularité et leur complémentarité, et soutenues dans leur mise en œuvre.

d. Esprit d'équité

Le projet et, de manière plus générale, la mission se réalisent dans une volonté affirmée d'un respect de justice et d'équité qui s'évertue à donner aux besoins, au vécu et à l'avis de chacun la valeur la plus haute.

e. Responsabilité et solidarité

Dans une perspective d'amélioration des situations ou éléments défailants, plutôt que chercher un hypothétique bouc émissaire, chacun s'approprie une coresponsabilité dans la recherche et l'élaboration de stratégies d'amélioration du projet et des actions qui l'animent.

f. Cohérence

Au-delà du suivi des décisions prises et de l'engagement réel de chacun à les appliquer, la cohérence se nourrit de l'appropriation par chacun de la mission du service, de son projet et de ses principes de mise en œuvre. Cette appropriation doit pouvoir s'observer dans le quotidien et concerne l'ensemble des acteurs institutionnels ; personnel d'accompagnement et autres.

g. Qualité et performance

Durant la réalisation du projet et donc des différentes actions qui s'y réfèrent, le souci de qualité et de performance anime les professionnels, considérant toutefois que dans le contexte de l'aide sociale, il ne peut y avoir d'approche simple de la question de la qualité et de la

performance. Ce principe de qualité et de performance est étroitement lié au principe d'une évaluation continue et structurée, tant de l'organisation du service, de son projet et de sa mise en œuvre, des professionnels, que de la situation des bénéficiaires. Ces évaluations sont menées dans un esprit d'amélioration continue.

h. Soutien à la participation (partenariats)

L'organisation du service et la mise en œuvre du projet sont construits avec le souci de soutenir la participation de chacun, professionnels et bénéficiaires, selon des dynamiques de partenariats qui garantissent le respect des complémentarités de chaque acteur.

Ce soutien à la participation se construit notamment sur

- Une prise en compte et un respect des avis de chacun, en gardant à l'esprit la nécessité d'œuvrer pour le bien commun,
- Une reconnaissance et une valorisation des compétences de tous, dans le respect de leurs spécificités et non d'une quelconque hiérarchisation.

4.3 Infrastructures

4.3.1 Situation actuelle

4.3.1.1 Lieu d'implantation

- Allée du centre de vacances, 1 – B6680 Sainte-Ode

4.3.1.2 Type d'environnement

Dans un parc boisé de 45 Ha disposant d'infrastructures internes et externes (sports, travail, jeux, détente, loisirs) permettant de développer des projets de groupe et individuels pouvant répondre à l'ensemble des besoins des résidents. Les infrastructures permettent aussi d'accueillir des personnes ou groupes extérieurs au service pour des rencontres ou activités ayant comme objectifs l'inclusion ou la participation à la vie sociale de la région.

4.3.1.3 Structuration de l'espace (voir les plans en annexe)

4.3.1.4 Ressources extérieures (Liste non exhaustive)

- Hôpitaux généraux du groupe Vivalia (Bastogne et Libramont)
- Hôpital universitaire du Sart-Tilman
- Hôpitaux psychiatrique de Lierneux et du Petit Bourgogne
- Médecins généralistes de la région
- Paramédicaux indépendants de la région
- Ferme pédagogique à Ambly
- Piscine Vaya Mundo à Houffalize.....
- Piscine thérapeutique Obanoa à Vaux sur Sûre
- École « Lire et écrire » à Bastogne

- Cuisine professionnelle du domaine de Beauplateau
- Bowling Lavacherie
- Cinéma Bastogne
- Commerces et Horéca à Bastogne
- Services de soins palliatifs
-

4.3.2 Situation future

Les projets seront suivis et évalués par le « Bureau qualité » composé de la directrice administrative, du directeur pédagogique, du responsable qualité et d'un représentant du PO) qui se réunit une fois par mois.

4.3.2.1 Objectif à moyen et long terme

4.3.2.1.1 Moyen terme (un an)

- Repeindre les chambres selon les désirs de chaque résident (implication)
- Placement d'un Jacuzzi (Qualité de vie et qualité des services)
- Installation d'une baignoire adaptée (Qualité de vie)
- Installation d'un « Snoezelen » (Qualité de vie et qualité des services)
- Changement des meubles de salon (Qualité de vie et qualité des services)
- Audit accessibilité par un organisme agréé par la Région Wallonne (Qualité des services)

4.3.2.1.2 Long terme (5 ans)

- Adapter les locaux d'activités situés dans le parc à l'extérieur du bâtiment principal (qualité des services)
- Adapter les locaux selon des prescrits de l'audit accessibilité (Bientraitance et qualité des services)

4.4 Implication de la personne

L'implication de la personne est un élément de l'ordre du jour des réunions pédagogiques au moins une fois par trimestre.

4.4.1 Mode d'élaboration des projets individuels

4.4.1.1 Situation actuelle

Les projets individuels sont établis selon le [document « PR.01.C – Évaluation et projet individuels » voir annexe](#) par l'éducateur référent en collaboration avec le résident et après avoir pris les informations nécessaires auprès des autres intervenants.

4.4.1.2 A terme

A moyen terme, une formalisation des récoltes d'informations auprès de tous les intervenants sera établie et un document cadre structuré sera construit courant 2021.

Les projets individuels et leur suivi sera informatisé par l'introduction progressive du logiciel PEPS pendant le dernier trimestre 2021 et l'année 2022.

4.4.2 Partenariat avec les familles

4.4.2.1 Situation actuelle

Les familles et tuteurs sont des partenaires importants pour la qualité des services et la qualité de vie des résidents.

La plupart des résidents n'ont pas de famille ou les familles ne souhaitent plus avoir de contact avec le résident (souvent suite à un parcours de vie très difficile). Le substitut familial est alors un tuteur désigné par les autorités judiciaires.

4.4.2.2 A terme

A moyen terme (un an) une réflexion sera menée par le service pour mettre en place un substitut familial, sur base de bénévoles extérieurs au service et formé à cette mission.

A long terme (3 ans) la mise en place du substitut familial passera par 4 phases

- 1- la définition des rôles de ces personnes,
- 2- le recrutement,
- 3- la formation
- 4- la mise en place dans le service se fera progressivement.

Pour ce projet il sera nécessaire d'avoir recours à une formation pour les bénévoles. Pour trouver le formateur ou l'organisme de formation il sera fait appel aux services de l'Aviq.

Pour permettre ce partenariat

- Les familles et tuteurs, et possiblement les « familles de substitution » (dans un futur de 3 ans) peuvent rendre visite à leur meilleure convenance après s'être mis d'accord avec le service,
- Le service peut organiser l'hébergement des familles, à leur demande, dans un lieu proche du service pour permettre une interaction quotidienne avec le résident pendant le séjour
- Le contact téléphonique ou par le web est favorisé (cependant, ces communications ne peuvent avoir lieu qu'après le déjeuner pour des raisons d'organisation)
- Les projets individuels sont transmis aux familles et/ou tuteur, à moyen terme, les familles et tuteurs seront invités à participer à une réunion de construction du projet individuel à chaque réévaluation.
- Les séjours en familles (à la maison familiale ou un autre lieu tel logement touristique) sont favorisés et peuvent être organisés par le service.

4.4.3 Les dossiers individuels

4.4.3.1 Situation actuelle

Les dossiers ont trois composantes

- Le dossier administratif
- Le dossier médical comprenant
 - Anamnèse
 - Suivi quotidien
 - Suivi spécialisé (par spécialisation)
 - Dentisterie
 - Hospitalisation
 - Procédure de contention (si applicable)
- Le dossier « pédagogique » comprenant
 - Le résumé des objectifs du projet individuel (logigramme)
 - L'anamnèse sociale
 - Projet d'accompagnement individualisé
 - Tableau d'activités individuelles
 - Rapport paramédicaux
 - Bilan psychologique
 - Situation difficile
 - Enregistrement des contentions

4.4.3.2 Situation future

La structure des dossiers individuels ne devrait pas changer fondamentalement mais les normes issues du RGPD ont profondément modifié la gestion de ces dossiers. Le RGPD dont le texte a été approuvé par le parlement européen en avril 2016, est obligatoire depuis le 25 mai 2018.

Le RGPD a été mis en place le 27-06-2019 ([voir L6.01.B « Règlement de protection des données des bénéficiaires »](#), [L6.02.B « Information aux clients bénéficiaires sur la protection de leurs données personnelles »](#), [L6.01.C « Traitement des données personnelles des résidents bénéficiaires »](#), [L6.02.C « liste des accès » du manuel qualité](#))

L'application pratique pour tous les niveaux de dossier est en cours de mise en place.

L'ensemble des prescrits doit être achevé pour fin 2021.

4.5 Politique d'accueil

4.5.1 Admission et réorientation

- La demande d'admission est soumise par le candidat ou son représentant (membre de la famille, tuteur, curateur, professionnel attaché au service qui accueille ou accompagne la personne). Un formulaire de candidature est complété.

- Sur base des données recueillies sous le formulaire de candidature, une visite est organisée dans le lieu de vie de la personne candidate. Cette visite a pour objets :
 - De rencontrer la personne, les membres de sa famille et les professionnels qui connaissent au plus près l'histoire de la personne et ses besoins, actuels et futurs
 - De présenter la structure d'accueil, ses finalités, ses sources et son mode de fonctionnement
 - De recueillir toutes les informations utiles à assurer le meilleur accueil de la personne
 - D'informer tous les acteurs sur les modalités pratiques de l'accueil éventuel de la personne
- En regard de ces différentes informations, l'accord quant à l'accueil possible de la personne candidate est soumis à la personne, sa famille, ses représentants légaux, les professionnels du service qui l'accueille et l'accompagne : conférer les « Critères d'admission ».
- Dans la situation d'un accueil possible,
 - Une visite de l'établissement est proposée et organisée si la personne, sa famille, les professionnels du service d'origine le souhaitent
 - La date du début d'accueil est soumise par le service. La date de l'accueil effectif est décidée collégalement.
 - Avant l'accueil effectif de la personne, les démarches administratives nécessaires à assurer l'accueil de la personne et la rencontre de ses besoins sont assurées conjointement par
 - La personne, sa famille, ses représentants légaux, les professionnels du service d'origine qui l'accueillent et l'accompagnent
 - Le Tchession II.
- Avant l'accueil effectif de la personne, le Tchession II s'assure que
 - Le dossier d'admission soit suffisamment complété que pour assurer l'accueil de la personne et la rencontre de ses besoins
 - La chambre de la personne soit préparée et que tout le matériel nécessaire soit disponible
 - Les professionnels de l'équipe soient informés de la date d'accueil de la personne, de ses besoins spécifiques : un professionnel référent est désigné, le premier mois d'accueil est organisé
 - Les données administratives soient actualisées
- Au moment de l'accueil de la personne, le Tchession II veille à
 - Présenter l'établissement à la personne, sa famille, ses représentants légaux, les professionnels accompagnant (voir livret d'accueil)
 - Vérifier les informations relatives à la situation de la personne, ses besoins généraux et spécifiques
 - Clarifier les éventuelles questions
 - Compléter l'ensemble des données administratives et légales

L'accueil de la personne est systématiquement assuré par un responsable du Tchession II, un membre de l'équipe éducative (si possible le professionnel référent), un membre de l'équipe médicale.
- Dans le mois qui suit l'accueil de la personne, une évaluation de sa situation est discutée en réunion transdisciplinaire. Cette évaluation sert à la formalisation du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé. Les membres de la famille, les représentants légaux et les professionnels du service qui accueilleraient ou accompagneraient la personne sont informés de la situation de la personne.

- **Les critères d'admission**

- Le profil de la personne candidate doit correspondre au profil général de la « population cible » du Tchession II
- La personne, sa famille ou ses représentants légaux doivent être en accord avec l'admission et la souhaiter, considérant que celle-ci représente une solution adéquate pour répondre aux besoins actuels de la personne et des membres de sa famille
- La personne, de par sa situation médicale, psychologique et comportementale, ne peut présenter un danger pour elle-même, pour les autres résidents ou pour les professionnels du service, qui ne soit gérable en regard des ressources et moyens dont dispose effectivement le service. Le service s'engage néanmoins à adapter les compétences de ses collaborateurs, son infrastructure et son mode de fonctionnement pour répondre aux besoins des personnes présentant les plus grandes difficultés d'inclusion sociale et d'intégration dans un groupe.
- La personne doit être dans les conditions administratives nécessaires à assurer son accueil et la rencontre de ses besoins

a. Procédures et critères de réorientation

- Deux cas de figure :
 - La réorientation d'un résident accueilli au Tchession II se pose parce que la personne ou son représentant légal estiment que les conditions d'accueil proposées par le service ne permettent plus de répondre à ses besoins,
La personne et ou ses représentants légaux informent et motivent par écrit les responsables du Tchession II d'une demande de réorientation.
Une rencontre avec la personne et ses représentants légaux est organisée au sein du service.
Un préavis de trois mois est d'application.
 - Les responsables du Tchession II estiment, sur base d'éléments objectifs, que les conditions d'accueil proposées par le service ne permettent plus de répondre aux besoins de la personne ou aux demandes de sa famille ou de ses représentants légaux.
Les responsables du Tchession II informent et motivent par écrit la personne et ses représentants légaux d'une demande de réorientation.
Une rencontre avec la personne et ses représentants légaux est organisée au sein du service.
La personne et ses représentants légaux seront informés du délai de préavis. Ce délai sera de minimum trois mois et n'excédera pas six mois, exception faite :
 - D'une situation où la personne, sa sécurité et sa santé, la sécurité et la santé des autres résidents ou des professionnels du service, sont mises en danger,
 - D'une possibilité de réorientation effectivement disponible, qui réponde plus adéquatement aux besoins de la personne.

Voir le document Pr.101.B « Procédure d'accueil nouveau résident » du manuel qualité

4.5.2 Roi

Voir le document Pr.07.C ROI – « condition d'accueil »
«

4.5.3 Convention d'accueil

Voir le document Pr.02.C « Convention d'accueil »

4.5.4 Gestion des biens

Le service ne gère aucun bien des résidents hormis l'argent de poche si le résident n'est pas en mesure de le gérer lui-même. Si l'argent de poche est géré, il fait l'objet d'une fiche de caisse individuelle pour chaque résident avec les montants d'entrées et de sorties, pour chaque sortie un justificatif est joint. Copie de la fiche de caisse et des justificatifs sont envoyés au moins une fois par an ou à toutes demandes du résident, de la famille ou du tuteur

4.5.5 Conseil des usagers

4.5.5.1 Situation actuelle

Les conseils des usagers se réunissent une fois par trimestre.
Un conseil des usagers est organisé dans chaque groupe de vie.
Chaque groupe de vie désigne un représentant qui participera au conseil des usagers général.
Chaque réunion fait l'objet d'un compte rendu écrit.
Les comptes rendus sont présentés au bureau qualité qui informe les conseils des usagers du suivi des demandes ou recommandations.

4.5.5.2 Situation future

Le fonctionnement actuel est à la satisfaction de tous les résidents et aucune modification du système n'est à prévoir actuellement.

4.5.6 Traitement des plaintes et réclamations

Les plaintes et réclamations sont traitées selon la procédure [M2.01.B Procédure de traitement des plaintes, avis et réclamations](#).

4.5.7 Politique d'ouverture du service

Le service est ouvert 365 jours par an.

En ce qui concerne l'ouverture sur l'extérieur, le service est disponible pour accueillir les familles et tuteurs à leur meilleure convenance en accord avec le service. Les visites et interactions avec les services généraux sont favorisées.

L'utilisation des services généraux est utilisée au maximum des possibilités de la région en ce qui concerne les services médicaux et paramédicaux.

Des partenariats avec des entreprises et associations de la région sont créés pour les activités de loisirs et les achats personnels.

Une réflexion est menée pour établir des partenariats contractualisés en ce qui concerne certains résidents pour des activités préprofessionnelles (cela est cependant dépendant d'une part de la volonté du résident et d'autre part de l'autorisation du tuteur).

4.6 Fonctionnement et organisation

4.6.1 Organisation en groupes de vie

Le service est organisé en 5 groupes de vie selon les pathologies et les affinités des résidents.

Chaque groupe est composé de 7 à 12 personnes.

Chaque personne dispose d'une chambre individuelle qu'il peut meubler, peindre et décorer à sa meilleure convenance. Des meubles standardisés sont proposés mais pas imposés.

Chaque groupe de vie dispose de :

- Sanitaires adaptés
- Cuisine
- Salle à manger
- Salon

Les groupes de vie sont repérables par codes couleurs

- Groupe jaune
- Groupe vert
- Groupe rouge
- Groupe bleu
- Groupe brun

Un « groupe de vie » isolé mais avec les mêmes infrastructures est réservé à l'isolement et la quarantaine pour les cas d'épidémie particulièrement contagieuse.

4.6.2 Structuration des activités

4.6.2.1 Situation actuelle

Les activités développées sont formalisées de manière à ce que soit précisé (en cours de formalisation) :

- Le titre de l'activité

- Le(s) responsable(s) de l'activité
- Un descriptif général
- Le projet global de l'activité (Le Pourquoi)
- Les objectifs plus spécifiques ou les compétences à travailler (Les Pourquoi)
- La structuration de l'activité, son organisation pratique
- Les règles de santé/de sécurité à suivre
- Le matériel et les moyens spécifiques
- Le lieu de l'activité
- La durée et la périodicité
- Le nombre de résidents (minimum et maximum)
- Les professionnels attachés à l'activité
- Les résidents participants à l'activité
- Les indicateurs de réussite

Chaque activité fait l'objet d'un compte-rendu qui précise :

- Son déroulement
- La réalisation des objectifs prévus et leur pertinence
- Les résidents : la qualité de leur participation, l'ambiance du groupe, leur appréciation
- Les moyens (matériels et humains) et leur adéquation
- Les incidents éventuels, et leur identification
- Les observations particulières, à propos de l'activité dans sa globalité, des résidents, des professionnels

Le planning des activités actuellement développé prévoit :

- Des activités récurrentes
- Des activités « exceptionnelles »

4.6.2.2 Situation future

Pour fin 2021, une réunion mensuelle évaluera les activités développées le mois précédent, proposera les actions d'amélioration et le délai de réévaluation.

▪ Détermination des indications thérapeutiques

- Un bilan médical est assuré dès l'admission du résident. Un suivi hebdomadaire est assuré par un médecin coordinateur. Le suivi quotidien est assuré par une équipe d'infirmiers.
- Le bilan de la situation médicale de chaque résident : outre ce suivi spécifique, la santé physique de chaque résident est observée dans le quotidien de son accompagnement par tous les professionnels du service. Tout événement particulier ou observations « anormales » font l'objet d'une information dans le cahier de communication, à l'attention des membres de l'équipe médicale. Les décisions quant à la meilleure indication thérapeutique à prendre se font sous la responsabilité du médecin et des responsables du Tchession II.
- Un bilan paramédical est réalisé annuellement pour chaque résident. Ce bilan donne lieu à des indications de prises en charge individuelles spécifiques ou d'attentions particulières à développer dans le quotidien de l'accompagnement pluridisciplinaire.

- L'évaluation de la situation globale du résident est réalisée dans le cadre du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé biannuel. Tout événement particulier ou observations « anormales » font l'objet d'une information dans le cahier de communication, à l'attention des membres de l'équipe éducative et des responsables du Tchession II. Les décisions quant à la meilleure indication thérapeutique ou éducative à prendre se font sous la responsabilité des responsables du Tchession II, de manière collégiale et concertée avec l'ensemble des professionnels du service.

Une attention particulière est portée sur la qualité de l'alimentation et son adaptation à chacun des résidents en partenariat avec un nutritionniste. (En cours de formalisation pour courant 2022)

- ▶ Module surpoids diabète
- ▶ Module inflammation, sport, articulation
- ▶ Module intestin
- ▶ Module âge de la vie
- ▶ Module santé mentale et comportement

4.6.3 Procédure de coordination et de concertation

4.6.3.1 Avec les résidents

Le conseil des usagers est l'organe de concertation officielle et donne actuellement toute satisfaction.

Chaque éducateur référent dispose d'un « temps de référence » permettant individuellement à chaque résident un moment pour la concertation et la coordination des temps de vie

4.6.3.2 Avec les familles

4.6.3.2.1 Situation actuelle

La concertation avec les familles n'existe pas de manière structurée et est à la demande de la famille ou de l'institution pour des situations particulières.

En ce qui concerne le projet individuel, il est envoyé à la famille ou au représentant légal à son établissement et à chaque réévaluation

4.6.3.2.2 Situation future

Deux modes de concertation seront mis en place avec les familles ou les tuteurs en 2022.

- Invitation à participer à la création du projet individuel à l'entrée du résident (après 3 mois)
- Réunion annuelle de parents et tuteurs et entretien individuel avec ceux-ci.

4.6.3.3 Avec les collaborateurs internes

- Une réunion bimensuelle globale permet la coordination et la concertation avec les collaborateurs internes. Ces réunions ont trois points principaux à l'ordre du jour
 - Organisation générale du service
 - Réunion clinique autour des résidents
 - Accompagnement au quotidien
 - Aspect médical et paramédical
 - Activités
- Une réunion mensuelle par lieu de vie pour
 - Suivi individuel de chaque résident
 - Organisation générale du lieu de vie
 - Activités
 - Infrastructure (amélioration)
 - Qualité de vie des résidents

4.6.3.4 Avec les partenaires externes

4.6.3.4.1 Situation actuelle

Aucune concertation et coordination structurée n'est mise en place avec les partenaires externes hormis les contacts pour l'organisation pratique.

4.6.3.4.2 Situation future

- Pour fin de l'année 2022,
 - un répertoire des partenaires externes, hors médical, sera établi
 - une liste des partenariats à développer pour l'inclusion des résidents sera faite
 - Un responsable des partenariats sera désigné et chargé de chercher les partenaires nécessaires
 - Un contrat type de partenariat sera proposé aux partenaires externes

5 PERSONNEL

5.1 Situation actuelle

5.1.1 Organigramme (voir ce document : M4.09.B)

5.1.2 Volume d'emploi par fonction

Le volume de l'emploi est conforme aux règles de l'AViQ. (voir rapport d'activité 2020)

5.1.3 Définition de fonction

(voir ces documents M4.20.C, M4.22 à 27.C, m4.31.C, M4.41.C, M4.42.C et M4.46.C)

5.1.4 Politique de recrutement

(voir document M4.06.B –Engagement)

5.1.5 Politique de formation

(voir m4.08.C tableau de polyvalence des compétences et M4.11.C Plan de formation)

La formation continuée est un des éléments primordiaux pour la qualité des services aux résidents et la qualité de vie au travail des collaborateurs.

Les formations ont comme priorité, dans l'ordre : la sécurité, la bientraitance, la prévention de la maltraitance, la qualité de l'analyse des besoins des résidents, les nouvelles activités.

L'ensemble des coûts des formations, négociés avec les collaborateurs, sont pris en charge par le service et chaque collaborateur aura au moins deux jours de formation par an. Outre les

priorités ci-dessus, les collaborateurs les moins formés auront priorité pour des formations de base ou complémentaires

5.1.6 Horaires

- Les nuits (de 20h00 à 7h) sont assurées par un personnel spécifique qui travaille par rotation de 7 jours (du mercredi au mardi suivant)
- La journée : en concertation avec l'ensemble des intervenants,
 - il a été défini les différentes plages horaires de la journée et le travail qui y était attaché.
 - Pour chaque plage horaire le nombre de collaborateurs nécessaire pour accomplir les tâches avec la qualité nécessaire a été établi
 - La directrice établit les horaires mensuellement avec deux mois d'anticipation.
- De 7 h à 21h il y a **au minimum** 5 accompagnants + infirmière et les accompagnants externes
- Les horaires de jour

Lundi	Code	
ou	ACT1	de 10.00 à 16.00
ou	ACT2	de 09.00 à 13.00 et 14.00 à 17.00
ou	ACT3	De 8.00 à 12.30 et de 13.00 à 16.00
ou	ACT4	De 14.00 à 20.00
ou	ACT5	De 7.00 à 12.30 et de 13.00 à 15.00
ou	AM1	de 07,00 à 13,00 et de 13,30 à 14,00
ou	AM2	De 07.00 à 14.00 et de 15.00 à 19.00
ou	AM3	De 07.00 à 12.45 et de 13.15 à 17.00
ou	AM4	de 07.00 à 12.30 et de 13.00 à 15.00
ou	AM5	de 08,00 à 13,00 et de 14.00,20,00
ou	AM6	de 07,00 à 13,00
ou	AVJ1	De 06.00 à 12.00
ou	AVJ2	De 07. à 10.00
ou	AVJ3	De 13.00 à 19.00
ou	AVJ4	De 19.00 à 22.00
ou	AVJ5	De 06.00 à 12.00 et de 13.00 à 16.00
Ou	PM1	13.00 à 19.00
ou	PM2	de 13h45 à 15.30 et de 16.00 à 21.00
ou	PM3	De 13.45 à 15.00 et de 15.30 à 21.00
ou	PM4	de 13,40 à 16,00 et de 16,30 à 21,00
ou	PM5	de 16,00 à 22,00
ou	REF	De 09.00 à 12.00
ou	XN	de 20.00 à 08.00
ou	jour d'inactivité	
Mardi	même que lundi	
Mercredi	même que lundi	
Jeudi	même que lundi	
Vendredi	même que lundi	
Samedi	même que lundi	
Dimanche	même que lundi	

6 ANNEXES