Centre Reine Fabiola
depuis 1963

RÉFÉRENTIEL ANDRAGOGIQUE ET OU PÉDAGOGIQUE

Du Centre Reine Fabiola

Novembre 2023

Ce Référentiel est un outil qui doit être connu par l'ensemble des professionnels du Centre Reine Fabiola et implémenté dans leurs attitudes éducatives.

Table des matières

1 - Introduction 8
Objet social 8
Le Projet du Centre Reine Fabiola en constante évolution 8
Démarche qualité, comité de pilotage et référents qualité 8
Quelques définitions 9
Organisation plutôt qu'Institution 9
Andragogie et/ou pédagogie 9
« Client » plutôt que « bénéficiaire » 9
Accompagnement plutôt que prise en charge 9
Charte des Droits et Libertés, plutôt que Charte des Droits et Devoirs 9
Agrément et organisation gigogne 10
2 – Cadre fixé par les autorités de tutelle 12
En Belgique Par Le Gouvernement Wallon 12
Conditions d'agrément 12
Contrat d'objectifs 13
En France 14
Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale 14
Code de l'Action sociale et des Familles : Charte des droits et libertés de la personne accueillie (Arrêté du 8 septembre 2003 - France) 15
CPOM (Contrat Pluriannuel d'objectifs et de moyens) 16
Convention ARS et moratoire 16
Et du Côté des Institutions Internationales 17
Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées 17
3 – Missions et principes andragogiques et/ou pédagogiques du Centre Reine Fabiola 20
Missions 20
Principes andragogiques et/ou pédagogiques fondateurs 20
Principes andragogiques et/ou pédagogiques réaffirmés 22
4 - Cadre de référence 26
Andragogie et/ou pédagogie 26
L'éducation spécialisée 28
Attitudes de base 29
Le double diagnostic 29
Le réseau du Centre Reine Fabiola 32
La Charte des droits et des Libertés du Centre Reine Fabiola 33
L'accompagnement de la vie amoureuse au Centre Reine Fabiola (Annexe 2) 33

Les formations à la responsabilisation proposées par le Service de Formation Permanente (SEFOPE) 34
Droit d'aller et de venir 35
L'inclusion 36
Charte pour l'organisation d'activités éducatives (Fiche 16 & 17) 38
Cadre commun : cinq règles de vie 39
La charte de la bientraitance 39
Droit à l'oubli 40
Tous responsables 41
Devoir d'exemplarité 41
Les bonnes pratiques professionnelles 41
Secret professionnel et secret partagé (Annexe 4) 41
Délégation et Permanences week-end et jours fériés 43
5 – Concertation et travail interdisciplinaire 46
Contrat d'Objectifs et Projet de Vie 46
Rôle du mandataire 48
Réunions interdisciplinaires 49
Choix et changement de foyer d'hébergement ou d'atelier occupationnel 50
6 – Observation d'incidents 52
Signalement d'incidents concernant des faits communs : niveau 1 52
Signalement incidents faits importants – niveaux 2 & 3 52
Recadrage d'un comportement inadéquat et sanction éducative 52
7 - Observation en lien avec un problème médical 58
Fiche d'observation médicale (Fiche 6) 58
Fiche d'observation psychiatrique (Fiche 7) 58
Echelle comportementale de la douleur (Fiche 8) 58
Estimation du vieillissement et de la dépression 59
Organisation des consultations médicales 61
Erreur/oubli de médication (Fiche 19) 62
Permanence médicale (en dehors des heures d'ouverture du service médical) 63
Procédure en cas de problème médical 64
8 – Situations sensibles 66
Gestion d'un comportement à risque 66
Suspicion d'abus sexuels (Annexe 7) 66
GUIDELINES A : TRAITEMENT DE SITUATION DE SUSPICION D'ABUS SEXUELS ENTRE RÉSIDENTS ... 67

GUIDELINES B : TRAITEMENT DE SITUATION DE SUSPICION D'ABUS SEXUELS ENTRE MEMBRE(S) DU PERSONNEL ET RÉSIDENT(S) 71
Force physique, contrainte, isolement et contentions 71
9 – Suivi des demandes des clients 76
Suivi des couples au quotidien 76
Assistance sexuelle 76
Demandes d'achats (Fiches 9 à 15) 76
Charte d'utilisation d'Internet 76
10 – Référent Qualité 78
11 – Référent Réclamations 80
12 - Procédure en cas de décès (Annexe 9) 82
A faire en urgence 82
Qui informer rapidement ? 82
Premières démarches au sein du foyer d'hébergement 82
Qui informer ensuite ? 83
Soutien de l'équipe concernée 83
Suite de la procédure (annexe 9) 83
13 - Gestion de projet : de l'idée au projet 86
Bibliographie 88

RÉFÉRENTIEL
ANDRAGOGIQUE
ET OU PÉDAGOGIQUE
Du Centre Reine Fabiola

CHAPITRE 1
INTRODUCTION

1- Introduction

OBJET SOCIAL

Le Centre Reine Fabiola est une organisation proposant à des adultes en situation de handicap mental ou dont le profil spécifique nécessite un accompagnement adapté, des services professionnels en éducation spécialisée, ayant pour objectif le développement psychosocial du public accueilli, sur base de besoins et d'indicateurs en lien avec l'inclusion sociale.

LE PROJET DU CENTRE REINE FABIOLA EN CONSTANTE ÉVOLUTION

L'organisation se doit de rester réactive et toujours soucieuse de travailler à une adaptation continue de son projet et de ses objectifs face aux besoins émergents.
C'est ainsi qu'une large évolution du projet du Centre Reine Fabiola est en cours, de manière à élaborer une vision d'avenir dynamique à travers deux axes stratégiques majeurs :

- Assurer la pérennité de l'Entreprise en répondant aux besoins sociétaux.
- Travailler à l'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement de chaque individu et ce, en lien étroit avec les besoins propres de chacun, de manière à proposer à chaque personne accueillie une offre de service adaptée, adéquate et cohérente.

Ce **Référentiel andragogique et/ou pédagogique** définit les principes et valeurs en vigueur aujourd'hui au Centre Reine Fabiola. Il est un système de référence permettant aux équipes éducatives d'adopter le même langage, de travailler sur une base commune et, par des procédures précises, de baliser leur travail au quotidien. Ce document est une référence pour toutes les équipes.

Le **Projet andragogique et/ou pédagogique** du Centre Reine Fabiola définit les valeurs, les objectifs, la raison d'être de l'organisation. Il comprend aussi les **Projets pédagogiques locaux**, propres à chaque équipe.

Ces trois documents (Projet pédagogique global, Projets pédagogiques locaux et Référentiel andragogique et/ou pédagogique) sont complémentaires.

DEMARCHE QUALITE, COMITE DE PILOTAGE ET REFERENTS QUALITE

Dans le cadre de la mise en place d'une démarche qualité, un comité de pilotage a été créé, mêlant membres de la direction, cadres et autres membres du personnel. Une quarantaine de « Référents qualité » ont été nommés, ayant chacun une mission de relais. Pour chaque domaine prévu dans le Contrat d'Objectifs, ils transmettent aux membres du comité de pilotage dont ils dépendent, les réponses, constats, éléments de preuve, objectifs stratégiques et opérationnels, etc., apportés par leurs équipes respectives.

Concrètement, le comité de pilotage a eu pour mission d'effectuer une première analyse étayée, de faire la synthèse des analyses et suggestions issues des réunions réalisées par les Référents qualité, d'assurer une communication auprès des équipes pluridisciplinaires et des personnes accueillies sur l'avancée de la démarche.

Aujourd'hui, un Référent qualité ***(annexe 10)*** contribue à l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des bénéficiaires et de l'efficacité de l'organisation. Il est chargé d'effectuer une analyse et un diagnostic du fonctionnement de l'organisation par rapport à l'ensemble des parties prenantes (cf. cartographie des parties prenantes dans le Contrat d'objectif): estimation du niveau de qualité de l'établissement à un moment donné en vue de répondre à son objet social et aux besoins des usagers dans des conditions et de manière optimale.

Il est le garant de l'élaboration de plans d'actions en accompagnant l'ensemble des acteurs de l'organisation en vue d'atteindre cet objectif d'amélioration continue.

QUELQUES DÉFINITIONS

Dans le contexte actuel des évolutions au sein de l'organisation, il est important ici de redéfinir des termes connus et déjà utilisés au quotidien, mais qui comprennent aujourd'hui des nuances essentielles dans le travail d'accompagnement au quotidien.

Organisation plutôt qu'Institution

La politique de prise en charge du Centre Reine Fabiola est basée aujourd'hui sur un principe de « désinstitutionnalisation », ce qui ne signifie pas la fin des institutions, mais la reconfiguration en profondeur de l'accompagnement proposé. Ainsi, l'organisation se recentre sur le Projet de Vie, les attentes et le parcours personnel des adultes qu'elle accueille. Elle propose un accompagnement qui leur permet de ré-affirmer leur statut de citoyen ayant le droit de s'inclure dans la société, et de procéder, pour ce faire, par essais et erreurs.

Andragogie et/ou pédagogie

Si andragogie et pédagogie sont des notions qui ont toujours été présentes au Centre Reine Fabiola, le terme andragogie est désormais systématiquement associé à celui de pédagogie dans cette nouvelle mouture du Référentiel. L'objectif est d'insister davantage sur l'implication personnelle des adultes accueillis et leur participation individuelle à vouloir apprendre, mais aussi de questionner la relation entre l'apprenant et le formateur, ce dernier n'étant pas celui qui détient « le » savoir.

« Client » plutôt que « bénéficiaire »

Dans l'ensemble de ce Référentiel, les mots : « résident », « bénéficiaire », « personne accueillie », sont le plus souvent remplacés par le terme « client ».
Il ne s'agit bien évidemment pas de sous-entendre la notion de « services rendus moyennant une rétribution », au sens économique du terme. Mais d'utiliser le terme client tel que défini par le « Code de déontologie de l'éducateur – Association des éducatrices et des éducateurs spécialisés du Québec » : « *une personne qui utilise des services professionnels en éducation spécialisée et qui a des objectifs de développement psychosocial* ».

Le terme « patient » est également utilisé dans ce référentiel, mais uniquement dans des citations de textes officiels ou dans le cadre des injonctions de l'AViQ.

Accompagnement plutôt que prise en charge

Dans l'expression « prise en charge », le terme « charge » évoque une certaine lourdeur et induit une position hiérarchique dans la relation. Le terme « accompagner » se définit comme suit, selon le Petit Robert : *se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui. Conduire, escorter, guider, mener.* La notion d'accompagnement suppose aussi des processus, des démarches, des étapes.

Charte des Droits et Libertés, plutôt que Charte des Droits et Devoirs

Il s'agit d'une évolution de la Charte des Droits et Devoirs rédigée par les équipes du Centre Reine Fabiola en 1996. La Charte des Droits et Libertés du Centre Reine Fabiola est en cours d'écriture.

AGRÉMENT ET ORGANISATION GIGOGNE

Jusqu'au 31/12/2021, le Centre Reine Fabiola était l'appellation commune de 7 associations sans but lucratif. En date du 30/03/2022, une procédure formelle de fusion par absorption a été décidée et mise en œuvre par le Conseil d'Administration des asbl du Centre Reine Fabiola afin de répondre aux contingences de fonctionnement recommandées par l'AViQ (Agence pour une Vie de Qualité de la Région wallonne). Cette procédure, approuvée par l'Assemblée générale de toutes les asbl concernées, a été validée officiellement par actes notariés, publiés au Moniteur belge en date du 10/06/2022. Son entrée en vigueur a été prononcée avec effet rétroactif à la date du 01/01/2022.
Le Centre Reine Fabiola est depuis lors composé de deux asbl : l'asbl *Maisons occupationnelles Reine Fabiola* et l'asbl *Institut Reine Fabiola*.

L'asbl *Maisons Occupationnelles Reine Fabiola* assure l'entièreté de la prise en charge des bénéficiaires, tant Belges que Français.

L'objet social de l'asbl *Institut Reine Fabiola* est depuis 2022 exclusivement de gérer le patrimoine immobilier de l'organisation.

Adresse du siège social : 455 rue de Neufvilles B - 7063 Neufvilles

RÉFÉRENTIEL
ANDRAGOGIQUE
ET OU PÉDAGOGIQUE
Du Centre Reine Fabiola

CHAPITRE 2

CADRE FIXÉ PAR LES AUTORITÉS DE TUTELLE

2 – Cadre fixé par les autorités de tutelle

En Belgique Par Le Gouvernement Wallon

Conditions d'agrément

« *La personne en situation de handicap exerce ses responsabilités dans la société, elle bénéficie des mêmes droits et assume les mêmes devoirs que tout autre citoyen. Elle a le choix de la maîtrise de son existence, elle a le droit au respect de sa dignité d'individu et du caractère unique de sa vie. Enfant, elle a droit à l'éducation, à une vie de famille, à des loisirs. Adulte, elle doit pouvoir mener son existence selon ses aspirations et ses choix quelle que soit leur évolution au cours du temps. Elle a le droit de choisir son lieu de vie et d'en changer. La personne a accès aux informations qui la concernent et elle a la garantie de la confidentialité de celles-ci. Même dépendante, la personne en situation de handicap doit pouvoir garder sa place dans la société au contact des personnes valides. Sa famille et ses proches doivent être associés à sa vie dans son intérêt. La personne en situation de handicap qui utilise nos services doit pouvoir poursuivre une existence aussi normale que possible et proche des conditions de vie habituelle de ses concitoyens. Elle doit pouvoir développer sa personnalité dans tous ses aspects et ainsi s'épanouir sur le plan social, affectif et spirituel et ce, tout au long de sa vie. Les différents acteurs doivent veiller à reconnaître et à maintenir le rôle social de la personne en situation de handicap en facilitant les liens avec l'entourage, la famille, les proches, en multipliant les ouvertures et les échanges, en favorisant l'accessibilité aux services extérieurs et en proposant des activités stimulantes et adaptées. Les familles et les proches ont le droit à une vie familiale, sociale et professionnelle équilibrée. Ils ont le droit de participer à l'éducation et au développement de la personnalité et à l'épanouissement social, affectif et spirituel de la personne en situation de handicap, et ce, tout au long de sa vie. Ils sont reconnus dans leurs compétences et ne font l'objet d'aucun jugement sur leurs valeurs et mode de vie. Ils ont accès à des prestations de l'association en fonction de leurs besoins et de leurs demandes dans les limites des missions des services. Les collaborateurs ont le droit d'exercer leur métier dans le respect de toutes les législations qui régissent le travail dans notre pays. Ils ont le droit au respect de leurs compétence et au développement de celles-ci. Le service propose des prestations variées, différenciées, à la disposition de la personne en situation de handicap et de sa famille, l'association offre des réponses graduées et évolutives et qu'elle adapte en permanence aux besoins, désirs et attentes des usagers*»[1]

De nombreux axes andragogiques et/ou pédagogiques et aspects de la vie des personnes accueillies au Centre Reine Fabiola, décrits plus loin dans ce document, sont en adéquation avec cet arrêté du Gouvernement wallon. Pour ne citer que quelques exemples : le développement d'actions allant dans le sens de l'inclusion plutôt que l'intégration, la possibilité pour les personnes accueillies d'être présentes aux réunions de coordination les concernant, le travail de concertation avec les familles, l'implication du Conseil des Usagers dans la vie au sein de l'organisation…

www.wallex.wallonie.be/contents/acts/3/3207/1.html?doc=21377

[1] Arrêté du gouvernement wallon relatif aux conditions d'agrément des services résidentiels, d'accueil de jour et de soutien dans leur milieu de vie, pour personnes en situation de handicap dont le financement et la décision de prise en charge sont assurés par une autorité publique étrangère (annexe 117/1)

AVIQ : CONDITIONS D'AGRÉMENT, QUELQUES PHRASES-CLÉS

Je suis une personne avec un handicap mental et j'ai :

- Les mêmes droits et les mêmes devoirs que tout autre citoyen
- Des responsabilités dans la société
- Le droit au respect de ma dignité et du caractère unique de ma vie
- Le droit de mener mon existence selon mes aspirations et mes choix
- Des compétences reconnues
- Un accès aux informations qui me concernent et la garantie de la confidentialité de celles-ci
- Une existence aussi proche que possible des conditions de vie habituelle de mes concitoyens
- Des liens avec ma famille et mes proches, qui doivent être associés à ma vie dans mon intérêt, sans jugement sur leurs valeurs et leur mode de vie

Contrat d'objectifs

Le « Contrat d'objectifs »[2] est un nouveau document par lequel les services agréés par l'AViQ ont à développer la stratégie qu'ils comptent mettre en œuvre dans les six années à venir, de manière à améliorer la qualité des prestations offertes à leurs usagers et à proposer une offre de services visant à rencontrer les besoins et enjeux d'avenir du secteur. Les services doivent donc établir un plan stratégique qui contient les objectifs, les moyens de mise en œuvre ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation des résultats. Ce plan doit proposer des actions planifiées et désigner des chefs de projets qui garantiront la poursuite des objectifs. Un seul axe stratégique est imposé : « la qualité de vie, la qualité de service et la bientraitance et ce, au regard des usagers, des familles et de l'ouverture au sein de la communauté ».

Les objectifs doivent être fixés au travers des domaines suivants :

- Politique d'accompagnement : analyse des besoins, traitement des réclamations, etc.
- Implication de la personne : élaboration de projets personnalisés, partenariats avec les familles, etc.
- Fonctionnement et organisation : structuration des activités, stratégies de communication, etc.
- Personnel : organigramme, formations, etc.
- Infrastructures.

www.genform.aviq.be/Specific_Vue?groupFormId=1

www.etaamb.be/fr/arrete-du-gouvernement-wallon-du-25-avril-2019_n2019041297.html

www.aviq.be/fr/contrat-dobjectifs

Arrêté du Gouvernement Wallon du 25 avril 2019 relatif aux Contrats d'objectifs

Art. 469/3.

On entend par « contrat d'objectifs » un document par lequel les services développent la stratégie qu'ils comptent mettre en œuvre dans les six années à venir de manière à améliorer la qualité des prestations offertes à leurs usagers et à proposer une offre de services visant à rencontrer les besoins et enjeux d'avenir du secteur.

[2] Arrêté du Gouvernement Wallon du 25 avril 2019 relatif aux Contrats d'objectifs

En France

Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Cette loi réaffirme la place prépondérante des usagers, entend promouvoir l'autonomie, la protection des personnes et l'exercice de leur citoyenneté. Une charte des droits et libertés de la personne accueillie existait antérieurement, évoquant le droit au respect des liens familiaux ou à l'exercice des droits civiques. Mais de nouvelles contraintes pour les établissements sont apparues : Livret d'accueil décrivant l'organisation de la structure, Contrat de séjour définissant les obligations réciproques, règlement de fonctionnement, Conseil de la Vie sociale (Conseil des Usagers en Belgique), personne qualifiée à laquelle tout usager pourra faire appel pour faire valoir ses droits. En outre, un Projet d'établissement ou de service doit pouvoir présenter les objectifs généraux poursuivis.

La loi de 2002 s'articule autour de quatre grands axes :

- Renforcer le droit des usagers ;
- Élargir les missions de l'action sociale ;
- Mieux organiser et coordonner les différents acteurs du domaine médico-social et social ;
- Améliorer la planification.

Cette loi rappelle, précise et organise des droits, mais avant tout, elle cherche à assurer l'accès effectif à ces droits. Pour ce faire, la loi énumère et rend obligatoire des documents, des instances, des procédures d'évaluation, des sanctions.

www.has-sante.fr/jcms/c_2838131/fr/comprendre-la-nouvelle-evaluation-des-essms

Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Art. L. 311-4. - Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L. 311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil. (…)

Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal.
Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement.
(…)
Art. L. 311-8. - Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.
Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation.
»

Code de l'Action sociale et des Familles : Charte des droits et libertés de la personne accueillie (Arrêté du 8 septembre 2003- France)

Ci-dessous, un résumé de cette charte :

Principe de non-discrimination
Nul ne peut faire l'objet d'une discrimination, quelle qu'elle soit, lors de la prise en charge ou de l'accompagnement.

Droit à une prise en charge ou à un accompagnement
L'accompagnement proposé à la personne accueillie est individualisé et le plus adapté possible à ses besoins.

Droit à l'information
Les personnes accueillies ont accès à toute information et/ou document relatifs à leur accompagnement, dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation.

Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

- *Elle dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes.*
- *Son consentement éclairé est recherché en l'informant des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.*
- *Le droit à sa participation directe, à la conception et à la mise en œuvre de son projet individualisé lui est garanti.*

Droit à la renonciation
La personne accueillie peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie et quitter l'établissement.

Droit au respect des liens familiaux
La prise en charge ou l'accompagnement favorisent le maintien des liens familiaux, dans le respect des souhaits de la personne.

Droit à la protection
Le respect de la confidentialité des informations concernant la personne accueillie est garanti dans le cadre des lois existantes. Il lui est également garanti le droit à la protection, à la sécurité, à la santé et aux soins.

Droit à l'autonomie
Dans les limites définies dans le cadre de la prise en charge ou de l'accompagnement, il est garanti à la personne accueillie de pouvoir circuler librement, ainsi que de conserver des biens, effets et objets personnels et de disposer de son patrimoine et de ses revenus.

Principe de prévention et de soutien
Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect de vos convictions.

Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie
L'exercice effectif de la totalité des droits civiques de la personne accueillie et de ses libertés individuelles est facilité par l'établissement.

Droit à la pratique religieuse
Les membres du personnel et les bénéficiaires s'obligent au respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Le droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal de l'établissement.

Respect de la dignité de la personne et de son intimité
Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.

CPOM (Contrat Pluriannuel d'objectifs et de moyens)

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) est signé, d'une part, entre le Ministère des Affaires sociales et de la Santé, et chaque Agence Régionale de Santé (ARS), pour une durée de quatre ans et révisable annuellement ; et, d'autre part, entre l'ARS et les établissements de santé.
Le CPOM traduit la volonté de renforcer la dimension stratégique de la tutelle ministérielle, en s'orientant vers une démarche de contrat et d'évaluation de la performance. Etabli entre l'Agence Régionale de Santé et un établissement de santé ou médico-social, le CPOM constitue un outil majeur de régulation de l'offre de soins.
Il s'appuie sur les principes suivants :

- Une vision pluriannuelle.
- Le fruit d'une procédure de négociation.
- Un suivi périodique prenant appui sur les outils du dialogue de gestion.
- Une évaluation finale du contrat.

Le CPOM liste :

- Les autorisations dont dispose l'établissement.
- Les activités spécifiques et missions de service public qui lui sont reconnues.
- Les financements octroyés.

www.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-demoyens-1

Convention ARS et moratoire

A propos de la démarche de conventionnement avec l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France et l'instauration d'un moratoire pour l'accueil des bénéficiaires de nationalité française.

Début 2021, la France a annoncé la mise en route d'une nouvelle démarche de conventionnement du Centre Reine Fabiola avec l'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France en tant que nouvel interlocuteur unique.

Cette démarche a abouti à la signature d'une convention d'objectif qui arrête la capacité maximale autorisée et financée par l'assurance maladie française pour chaque établissement wallon accueillant des Français (moratoire). Elle se poursuit également au travers du déploiement d'un conventionnement qualitatif afin de garantir la qualité de la prise en charge et l'accompagnement des personnes et de recueillir leurs besoins et souhaits.
Les contacts établis entre le Centre Reine Fabiola et l'ARS Hauts-de-France ont validé la prise en charge d'un quota maximum de 61 dossiers Foyer d'Accueil Médicalisé (financés par l'Assurance maladie française).

ET DU CÔTÉ DES INSTITUTIONS INTERNATIONALES

Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées

La Convention relative aux droits des personnes handicapées a été **adoptée par les Nations Unies le 13 décembre 2006**. **En Belgique**, la Convention est **entrée en vigueur le 1er août 2009**.

La Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées met notamment en avant deux grands principes:

- *D'une part, elle définit le handicap comme une notion évolutive et systémique : le handicap est le résultat d'une interaction entre une personne présentant une incapacité et les obstacles qu'oppose à celle-ci une société non inclusive ;*
- *D'autre part, elle introduit un véritable changement dans les mentalités : la personne handicapée n'est plus une personne présentant une incapacité demandant de l'aide ou la charité mais bien une personne porteuse de droits, au même titre que les autres.*
  La Convention stipule que toutes les personnes handicapées doivent pouvoir jouir de tous les droits humains, tels que le droit à l'égalité et à la non-discrimination, le droit à l'accessibilité, le droit à l'égalité devant la loi, le droit à la liberté et à la sécurité de la personne, le droit à se loger de manière autonome et à participer à la société, le droit à l'enseignement, le droit de travailler, etc. Une personne handicapée peut dans certains cas ne pas être en mesure d'exercer ses droits humains en raison de certains obstacles. Elle a alors droit à des aménagements raisonnables pour surmonter ces obstacles. La Convention insiste pour que les autorités publiques veillent à ce que les politiques concernant les personnes handicapées soient prises en concertation avec celles-ci (par le biais des organisations qui les représentent).

www.unia.be/fr/legislation-et-recommandations/legislation/convention-relative-aux-droits-des-personnes-handicapees

CHAPITRE 3

MISSIONS & PRINCIPES ANDRAGOGIQUES ET/OU PÉDAGOGIQUES *DU CENTRE REINE FABIOLA*

3 – Missions et principes andragogiques et/ou pédagogiques du Centre Reine Fabiola

Missions

Définition

Mission :

« Charge donnée à quelqu'un d'accomplir une tâche définie. But élevé, devoir inhérent à une fonction, une profession, à une activité et au rôle social qu'on lui attribue. » (Larousse)

Le Projet andragogique et/ou pédagogique développé au Centre Reine Fabiola s'articule autour de trois finalités majeures :

- Offrir aux clients accueillis dans l'organisation une qualité de vie optimale, tant dans leur foyer d'hébergement que dans leur atelier occupationnel ou dans leurs activités de loisirs, en ce compris les domaines des soins, de la formation, de l'éducation, du confort et de la sécurité.
- Lutter contre toute forme de discrimination ou toute autre forme d'arbitraire pouvant porter préjudice au client.
- Transmettre aux clients accueillis dans l'organisation valeurs et principes qui permettent à chacun de s'épanouir en individu responsable, libre et respectueux de la liberté de l'autre.

Principes andragogiques et/ou pédagogiques fondateurs

Les principes andragogiques et/ou pédagogiques, développés depuis la création du Centre Reine Fabiola, sont les suivants :

Développement personnel

L'action des équipes du Centre Reine Fabiola en faveur des personnes accompagnées s'articule autour des notions de besoin personnel et d'expression. Elle la favorise et soutient les démarches entreprises pour y répondre. Partant de ces besoins, l'idée est que tout être humain doit se développer en tenant compte des références et règles de la société dans laquelle il vit, l'organisation étant un outil favorisant le développement personnel du client dans la société, et son inclusion au sein de celle-ci.

Affirmation de soi

Chaque client se positionne dans la société comme il le désire selon ses capacités et compétences. La première étape de l'affirmation de soi se matérialise par l'élaboration de son Projet de Vie.

Reconnaissance de la personne accueillie comme citoyen, sujet de droits et de libertés

Le client n'est pas seulement l'objet de nos attentions ou de nos soins. Il est sujet à part entière, c'est-à-dire responsable, être de droits et de libertés, dans sa qualité d'acteur de la vie sociale (hors de et dans l'organisation).

Reconnaissance de la personne accompagnée comme sujet de relation ouvert à l'amour et à la tendresse (annexe 2)

La vie affective, relationnelle et sexuelle est un facteur indispensable d'épanouissement et d'équilibre tant individuel que social. Elle constitue une dimension essentielle de la qualité de vie et est en interdépendance

avec l'inclusion sociale : celle-ci favorise la vie affective, relationnelle et sexuelle et, inversement, cette dernière facilite l'inclusion sociale. Le phénomène relève à la fois de l'intimité et du contexte social qui la détermine.
En tant que citoyen, la personne handicapée a les mêmes droits que toute autre personne dans sa vie affective, relationnelle et sexuelle. Bien qu'universels, ces droits sont réaffirmés dans la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées.
Quant aux droits à la sexualité, il faut souligner, même si cela peut paraître une évidence, qu'il ne s'agit pas d'un droit accessoire. La sexualité est intimement liée à la vie de chaque être humain. Or, même si les mentalités évoluent, la sexualité reste encore et toujours, si pas un sujet tabou, à tout le moins un sujet très sensible lorsqu'il s'agit de le conjuguer avec le handicap.
L'affirmation de ces droits fait écho aux attentes et demandes des personnes en situation de handicap. En effet beaucoup aspirent à construire des relations amoureuses, être en couple, avoir des relations sexuelles…

Valorisation de l'image de soi
Un des freins au développement personnel de nos clients est lié à la mauvaise image que ceux-ci peuvent avoir d'eux-mêmes ; d'où le risque d'une mauvaise perception de leurs compétences et capacités.
Toute action doit donc tendre à parfaire la connaissance que chaque individu a de lui-même, pour qu'il se perçoive tel qu'il est, avec ses compétences, ses limites et ses vulnérabilités. Concrètement, ce travail mené autour de l'« image de soi » s'articulera autour de références liées à l'habillement, à l'alimentation saine, à l'hygiène.

Coopération
C'est l'apprentissage de la solidarité, de l'entraide, de l'altruisme. De l'intérêt et de l'ouverture au monde et à l'autre, par la participation à des actions sociales concrètes.

Individualisation et socialisation
Partant de l'idée que tout être humain a sa place au sein du groupe dans lequel il vit, dans la société tout d'abord et, par délégation nécessaire, dans l'organisation, il est indispensable de l'accompagner dans le développement de ses potentialités et l'utilisation optimale de ses compétences, afin qu'il puisse trouver sa place et « exister » dans ce groupe. Les activités de jour sont un des supports pour ce faire : à travers elles, les clients trouvent et donnent du sens et de la puissance à leur « agir », par lequel ils obtiendront une reconnaissance pour eux-mêmes d'abord, venant de la société et d'autrui ensuite, un accomplissement à travers la réalisation d'une activité qui leur plait et qui a du sens.
Ainsi, par l'individualisation, systématiser des réponses personnalisées aux besoins.

Reconnaissance d'un sujet dans son histoire
Une partie des personnes accueillies sont entrées ou vont entrer dans ce qu'il est convenu d'appeler le « troisième âge ».
Il s'agit entre autres de comprendre que ces personnes ont vécu, vivent ou vivront encore une série d'événements heureux ou douloureux, qu'elles ont entretenu un tissu de relations affectives, maintenues ou perdues par la force des choses.
Cette notion du respect du rythme de vie de tout un chacun est inscrite au cœur de la pédagogie que développe l'organisation.
Les personnes qui vieillissent doivent pouvoir le faire dans une continuité d'attachements relationnels et affectifs qui aura pour effet de sauvegarder leur identité personnelle et sociale.

Maintien des liens dans une continuité de prise en charge
Si le choix d'un client s'inscrit dans le sens d'un achèvement de sa vie au Centre Reine Fabiola, il appartient à ce dernier d'adapter ses méthodes d'accompagnement afin de lui garantir une vieillesse de qualité.
Le processus de vieillissement peut en effet s'accompagner chez certaines personnes accueillies de nouvelles difficultés ainsi que de dégradations physiques et/ou mentales plus ou moins importantes. Celles-ci

peuvent entraîner de sérieuses complications dans la prise en charge de la personne, allant jusqu'à son décès et passant donc par l'accompagnement de la fin de vie. C'est un travail de maintien du lien qui se poursuit ainsi, au travers d'une continuité de prise en charge et d'un soutien apporté autant à la personne accueillie qu'à sa famille ou aux autres résidents proches.

Reconnaissance de la liberté de pensée, de conscience et de religion

La personne en situation de handicap a le droit au respect de ses croyances, convictions ou opinions, qu'elles soient religieuses, morales, laïques ou politiques. Chacun a le droit de vivre sa spiritualité, de pouvoir mener sa vie en fonction de ses croyances et de ses convictions, comme à s'interroger, selon ses capacités, sur toutes questions éthiques, culturelles, sociales, existentielles. Le Centre Reine Fabiola est une organisation pluraliste. En ce sens, il défend des valeurs profondément humanistes mais n'impose rien en termes de choix philosophiques.

PRINCIPES ANDRAGOGIQUES ET/OU PÉDAGOGIQUES RÉAFFIRMÉS

Les principes andragogiques et/ou pédagogiques fondateurs se complètent de principes redéfinis aujourd'hui :

Bientraitance

La bientraitance relève d'une culture partagée du respect et de l'accompagnement du client. Elle situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques, ainsi que dans une démarche d'adaptation constante à une situation donnée et ce, tout en conservant de la vigilance. Démarche positive, elle vise à promouvoir le respect des droits et libertés des clients, ses besoins, son écoute, tout en prévenant la maltraitance.

Inclusion

Par l'inclusion, veiller à la participation des clients à la société en tant que membres égaux de celle-ci.

Dès lors, toute démarche favorisant l'accessibilité, le libre choix, l'extension du panel d'expériences et le renforcement de l'autonomie, constitue un dispositif d'inclusion. Le concept d'inclusion se fonde sur un droit, celui que les personnes accueillies ont de vivre dans la société comme tout un chacun, dans tous les domaines de la vie sociale, tout en recevant les aides et les soutiens nécessaires. L'inclusion ne signifie donc pas la fin des structures spécialisées, qui ont notamment à identifier les demandes de la personne, analyser les réponses pouvant lui être apportées à l'extérieur ou, à défaut, à l'intérieur de l'organisation, et accompagner le client dans la rencontre de sa demande. Pour ce faire, il est donc indispensable d'adapter et de développer en permanence le réseau de l'organisation afin d'y répondre de manière bienveillante et en tenant compte des singularités de la personne accueillie.

Reconnaissance de la personne accueillie comme sujet ayant des besoins spécifiques nécessitant de repenser l'accompagnement

Il est indispensable de mettre en place une observation fine des comportements de ces personnes, de manière à formuler des hypothèses qui mettent en corrélation un comportement-défi avec un besoin spécifique qui lui correspond. Il s'agit, à côté des pratiques quotidiennes, de mettre l'accent sur la Clinique au quotidien.

Reconnaissance et accompagnement de la personne accueillie comme sujet ayant des besoins, des désirs et des envies en matière de sexualité.

Si les besoins, désirs et envies des adultes accueillis, en matière de sexualité, ont toujours été pris en compte au sein de l'organisation, il s'agit aujourd'hui de favoriser une ouverture aux réseaux extérieurs à l'organisation et pouvant apporter d'autres réponses.

Les principes andragogiques et/ou pédagogiques

Principes fondateurs, développés depuis la création du Centre Reine Fabiola

- Développement personnel
- Affirmation de soi
- Reconnaissance de la personne accueillie comme citoyen, sujet de droits et de libertés
- Reconnaissance de la personne accompagnée comme sujet de relation ouvert à l'amour et à la tendresse
- Valorisation de l'image de soi
- Coopération
- Individualisation et socialisation
- Reconnaissance d'un sujet dans son histoire
- Maintien des liens dans une continuité de prise en charge
- Reconnaissance de la liberté de pensée, de conscience et de religion

Principes réaffirmés

- Bientraitance
- Inclusion
- Reconnaissance de la personne accueillie comme sujet ayant des besoins spécifiques nécessitant de repenser l'accompagnement
- Reconnaissance et accompagnement de la personne accueillie comme sujet ayant des besoins, des désirs et des envies en matière de sexualité.

RÉFÉRENTIEL
ANDRAGOGIQUE
ET OU PÉDAGOGIQUE
Du Centre Reine Fabiola

CHAPITRE 4

CADRE DE RÉFÉRENCE

4- Cadre de référence

Les besoins des clients sont regroupés en trois thématiques :

- ✓ Autonomie
- ✓ Santé somatique et psychique
- ✓ Participation sociale

ANDRAGOGIE ET/OU PÉDAGOGIE

Définition

Andragogie :
Science et pratique de l'éducation des adultes.
Larousse

Globalement et au sens large, la **pédagogie** (ce qui relève de l'enseignement et de l'apprentissage) et l'éducation (l'action de développer un ensemble de connaissances et de valeurs) de personnes adultes désignent indifféremment savoirs, savoir-faire, savoir-être, compétences, expériences nécessaires à la transmission de connaissances et à l'optimisation d'apprentissages.

La notion d'**andragogie** se veut quant à elle insister davantage sur l'implication personnelle et la participation individuelle à (vouloir) apprendre. Elle s'appuie sur le concept de soi de l'adulte, sur ses volontés, son expérience préalable, sa motivation à apprendre, ses besoins. L'andragogie questionne aussi la relation entre le formateur et l'apprenant, entre les apprenants eux-mêmes et la manière dont l'apprentissage peut être soutenu, les expériences de terrain étant la base de la compréhension. A ce titre, elle touche à la capacité, pour l'éducateur, de se décentrer et de faire des préoccupations du client ses propres préoccupations.

L'andragogie est définie comme l'art et la science d'enseigner aux adultes.
Sur quelles hypothèses repose ce modèle ?

- Les adultes ont besoin de savoir pourquoi ils doivent apprendre quelque chose.
- Les adultes ont besoin d'être traités comme des individus capables de s'autogérer et admettent mal que les autres imposent leur volonté.
- Les adultes arrivent avec une expérience propre, rendant les groupes très hétérogènes et nécessitant une personnalisation des stratégies de formation et d'apprentissage. En revanche, cela favorise les méthodes expérimentales et activités d'échange.
- Les adultes sont prêts à acquérir des connaissances qui leur permettent d'affronter des situations réelles. L'apprentissage ne peut pas être dissocié du besoin de développement.
- Les adultes appliquent d'autant mieux les connaissances, les compétences et les attitudes qui leur sont présentées dans des situations réelles.
- Les adultes sont motivés intérieurement par le désir d'accroitre leur satisfaction professionnelle, leur estime de soi…

Hypothèses et caractéristiques peuvent être ainsi résumées :

HYPOTHESES

	Concept de soi	Expérience	Bonne volonté	Perspective temporelle	Orientation apprentissage
Pédagogie	Dépendance	Peu importante	Développement, biologie, pression sociale	Mise en application retardée	Centrée autour du thème
Andragogie	Accroissement de l'autogestion	Les apprenants sont une ressource pour l'apprentissage	Tâche de développement pour les rôles sociaux	Immédiateté de la mise en application	Centrée autour du problème

CARACTERISTIQUES

	Climat	Planification	Diagnostic des besoins	Formulation des objectifs	Constitution	Activités	Evaluation
Pédagogie	Autour de l'autorité - formel - compétition	Par l'enseignant	Par l'enseignant	Par l'enseignant	Logique du thème. Unités de contenu	Technique d'échange	Par l'enseignant
Andragogie	Réciprocité Respect Collaboration Informel	Mécanisme de planification commune	Autodiagnostic commun	Négociation commune	Etapes qui correspondent à la bonne volonté. Unité de problèmes	Technique expérimentales (investigation)	Rediagnostic commun des besoins. Evaluation commune du programme

L'ANDRAGOGIE :
- Science et pratique de l'éducation d'adultes
- Priorisation, dans l'apprentissage, à l'implication personnelle et à la participation individuelle à (vouloir) apprendre
- Prise en compte du concept de soi de l'adulte : ses volontés, son expérience préalable, sa motivation, ses besoins
- Dans cette science de l'éducation, le formateur ne détient pas « le » savoir

L'ANDRAGOGIE, ce n'est pas :

- Une science de l'éducation dans laquelle un individu détient un savoir qu'il transmet à un autre.
- Un rapport basé sur une hiérarchie (celui qui sait et celui qui ne sait pas).
- La délivrance d'un contenu.
- Un laisser-faire pédagogique prétendant que les adultes accueillis ont tous les droits et omettant les notions de choix, d'engagement et de responsabilisation.

L'ÉDUCATION SPÉCIALISÉE

La définition de l'éducateur spécialisé et les objectifs qu'il poursuit, précisés dans le *« Code de Déontologie de l'éducateur – Association des éducatrices et des éducateurs spécialisés du Québec »,* sont ceux en vigueur aujourd'hui au Centre Reine Fabiola. On y définit aussi le rôle, les devoirs et les obligations de l'éducateur spécialisé envers la profession. En voici quelques extraits, l'intégralité du Code étant disponible en annexe ***(annexe 5)***.

Définition
Educateur/éducatrice spécialisé(e) :
« Professionnel qui intervient auprès de personnes ou de groupes de personnes de tout âge connaissant ou étant susceptibles de connaître des difficultés d'adaptation variées dans le domaine de la santé mentale, des services sociaux et de l'éducation.

L'éducateur spécialisé évalue et accompagne une personne ou un groupe de personnes au travers des situations de la vie quotidienne, de la relation éducative et de la relation aidante et au moyen de techniques d'observation et d'intervention. »

Code de Déontologie de l'éducateur – Association des éducatrices et des éducateurs spécialisés du Québec

Son rôle consiste à observer et à évaluer les besoins, les capacités, les habitudes de vie et les comportements de personnes en difficulté d'adaptation psychosociale.
L'éducateur spécialisé peut aussi procéder au dépistage, à l'estimation, à la détection ainsi qu'à l'appréciation de troubles non diagnostiqués. Il doit aussi évaluer le risque suicidaire et la dangerosité que présente une personne en situation de crise. Il consigne les données au dossier et rédige les rapports d'évolution en employant la méthode désignée par son organisation.
L'éducateur spécialisé a l'obligation de déterminer un plan d'intervention pour chaque client qui lui est confié dans le cadre d'un processus d'intervention planifié. (…)

Cet item, adapté à l'outil Projet de Vie du Centre Reine Fabiola, comporte la précision suivante :

L'éducateur spécialisé a l'obligation, dans le cadre d'un processus d'intervention planifié, de veiller à ce que le client qui lui est confié, ait un rôle actif dans l'élaboration et la personnalisation de son Projet de Vie.

Devoirs et obligations envers la profession

L'éducateur spécialisé soutient son association en adhérant aux buts et objectifs de celle-ci et en respectant l'ensemble de ses devoirs et obligations.

1. *L'éducateur spécialisé ne doit pas s'attribuer le mérite de travaux revenant à un collègue ou qui ont été faits en collaboration.*
2. *L'éducateur spécialisé consulté par un collègue fournit à ce dernier son opinion et ses recommandations dans le plus bref délai possible.*
3. *L'éducateur spécialisé est loyal et intègre envers ses collègues et sa profession.*
4. *L'éducateur spécialisé appelé à travailler avec un autre éducateur spécialisé ou avec une autre personne préserve son indépendance professionnelle. Si on lui confie une tâche contraire à sa conscience professionnelle, il s'en dispense et il en avise par écrit son supérieur immédiat.*
5. *L'éducateur spécialisé engagé dans une pratique professionnelle conjointement avec d'autres éducateurs spécialisés ou avec d'autres personnes veille à ce que cette pratique ne cause aucun préjudice aux clients.*
6. *L'éducateur spécialisé doit, dans les 10 jours à compter de celui où il en est lui-même informé, aviser le comité exécutif par écrit qu'il fait ou a fait l'objet d'une décision judiciaire ou disciplinaire en lien avec l'exercice de ses fonctions.*

Contribution à l'avancement de la profession

L'éducateur spécialisé, dans la mesure de ses possibilités, aide au développement de sa profession par des journées d'étude et des colloques, ainsi que par l'échange de connaissances et d'expériences avec ses collègues et des étudiants, ce qui inclut sans s'y limiter, la participation aux cours et aux stages de formation continue et le tutorat, pour les éducateurs spécialisés aux niveaux collégial et universitaire.

1. *L'éducateur spécialisé se fait un devoir d'être membre participatif de son association, en connaît les statuts et règlements et assure, en tout temps, leur application en vue de promouvoir l'avancement de la profession.*
2. *L'éducateur spécialisé a le souci particulier de tenir à jour ses connaissances sur les nouveaux développements dans son domaine (…) »*

ATTITUDES DE BASE

Dès lors, pour accompagner au mieux ce public, il convient d'adapter nos pratiques en développant nos stratégies d'accompagnement et en y incluant ces différents concepts :

- Cohérence : pratique commune respectée par tous les intervenants
- Rigueur dans la transmission
- Différenciation : un sens pour chaque chose tenant compte des tous petits détails
- Répétition donnant vie à des rituels
- Structuration symbolisée par trois axes de travail : quotidien - moments creux - ateliers
- Travail d'inscription : utilisation de l'écriture pour fixer une pensée qui ne l'est pas dans la parole
- Travail de repérage par le biais d'un tableau représentatif de la journée
- Soigner les transitions
- Travail du lien

AVOIR UNE BONNE ATTITUDE DE BASE, ce n'est pas :

- Dire non ou utiliser uniquement une négation systématique
- Se mettre en position « haute »
- Être en opposition confrontante
- Parler fort
- Ne pas répondre
- Parler de quelqu'un en sa présence comme s'il n'était pas là

LE DOUBLE DIAGNOSTIC

Avis du Conseil Supérieur de la Santé (CSS) (12/2015). Besoins en matière de Double Diagnostic (déficience intellectuelle et problèmes de santé mentale : trouble du comportement et/ou troubles psychiatriques).

Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) dépend du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement de Belgique.

Ses missions : *Dans le but de garantir et d'améliorer la santé publique, le Conseil formule des avis scientifiques afin de guider les décideurs politiques et les professionnels de la santé. Grâce à son réseau d'experts et ses collaborateurs internes, le Conseil se base sur une évaluation multidisciplinaire de l'état actuel de la science pour émettre des avis impartiaux et indépendants. Le Conseil élabore ses avis sur demande ou de sa propre initiative et les publie.* www.health.belgium.be/fr/qui-sommes-nous

L'avis du CSS, dont nous reprenons certains extraits ci-dessous, est pour notre organisation une référence en matière de Double Diagnostic. Pour celui qui désire en savoir plus, Il est intéressant de lire cet avis dans son intégralité.

Les équipes qui accompagnent un client présentant un Double Diagnostic se doivent d'être encore plus attentives aux concepts développés dans le chapitre précédent : Attitudes de base.

A propos du « personnel qualifié » auquel il est fait référence ci-dessous dans les extraits repris, il est important de réaffirmer qu'au sein de notre organisation, la formation continue des éducateurs est primordiale. Certaines formations sont donc en cours et d'autres sont prévues par rapport au Double Diagnostic.

Définition
Double Diagnostic :

La notion de « double diagnostic » (DD) désigne la problématique des personnes atteintes d'une ***déficience intellectuelle associée à des problèmes*** **(troubles)** ***de santé mentale.***

Avis du Conseil Supérieur de la Santé (CSS) (12/2015)

Considérées comme des citoyens, et non plus comme des patients, les individus diagnostiqués « double diagnostic » semblent cependant être davantage concernés par des problèmes de santé mentale que la moyenne. Ces problèmes ont aussi la particularité de survenir tôt, d'être plus graves et plus complexes que chez d'autres individus.

Comportements-défis

Définition
Comportements-défis :

Comportements culturellement anormaux d'une intensité, d'une fréquence ou d'une durée telle que la sécurité physique de la personne ou d'autrui risque d'être mise en péril, ou comportements susceptibles de limiter sérieusement, ou qui limitent effectivement l'accès de la personne aux services communautaires ordinaires.

Avis du Conseil Supérieur de la Santé (CSS) (12/2015)

Cette approche permet de considérer le trouble non pas comme un problème individuel, mais plutôt comme un ***trouble lié à un contexte interpersonnel et social****, et donc comme un défi pour les services. Cela vise particulièrement les comportements qui affectent la qualité de vie ou entrainent l'exclusion des services ordinaires. A titre d'exemple : on peut hurler à un match de foot mais pas lors d'une conférence.*

Il est aussi important de souligner que ces comportements-défis peuvent être des ***réponses adaptatives face à des situations-défis****. Par exemple, un enfant manifestant des comportements agressifs pour se défendre face à des menaces de camarades pourra reproduire ces comportements face à d'autres situations.*

Enfin, rappelons que ces comportements-défis le sont avant tout pour les personnes elles-mêmes, car si elles ne sont pas en « alliance » avec des professionnels, il sera quasi impossible de les modifier, surtout si on utilise des procédures qui suscitent de l'aversion.

Besoins pour l'évaluation du bien-être et de la santé mentale

L'évaluation de personnes présentant un Double Diagnostic nécessite une approche globale où sont pris en compte :

- *La déficience intellectuelle et son impact sur le développement,*
- *Les facteurs biologiques, psychologiques, et environnementaux possibles.*

*Ces facteurs doivent être analysés comme un **ensemble**, dans la mesure où leur combinaison peut représenter un dangereux cocktail. Comportements inappropriés, environnement trop ou trop peu stimulant, facteurs sociaux, psychologiques et somatiques, troubles neurologiques ou endocriniens, médications, difficultés de communication… sont autant d'éléments qui peuvent entraîner des répercussions comportementales directes.*

Il est important, dans l'observation et l'analyse des patients, de prendre en compte :

- *La mise en place d'une **évaluation somatique** complète et de qualité, notamment, car l'**anamnèse** est très importante au niveau du patient-même, de sa famille et de son entourage.*
- *Une **analyse large et approfondie des problèmes de comportement** afin de comprendre dans quelle mesure différents facteurs peuvent influencer leur apparition. (…)*
- *L'utilisation d'**outils adaptés** afin d'explorer les pathologies psychiatriques. La problématique peut alors être repérée dans des moments de passage à l'acte, et reprise sous le terme de « troubles du comportement ». Il est donc important de réaliser un tableau englobant **l'ensemble des facteurs**, en se fondant sur tous les aspects de la qualité de vie et sans se limiter à un tour d'horizon des problèmes. (…)*

Besoins en services

Les troubles du comportement et les problèmes psychiatriques présentés par certaines personnes atteintes de déficience intellectuelle peuvent constituer un danger pour l'individu, mais aussi de la détresse, de l'incompréhension et de l'épuisement au sein des familles et structures d'hébergement.

*Néanmoins, ces personnes n'en demeurent pas moins des citoyens et nécessitent les mêmes moyens de prise en charge que n'importe quel autre individu. Les **moyens** doivent donc être **suffisants aussi bien pour le fonctionnement à l'intérieur du service que pour le maintien des liens avec le réseau.***

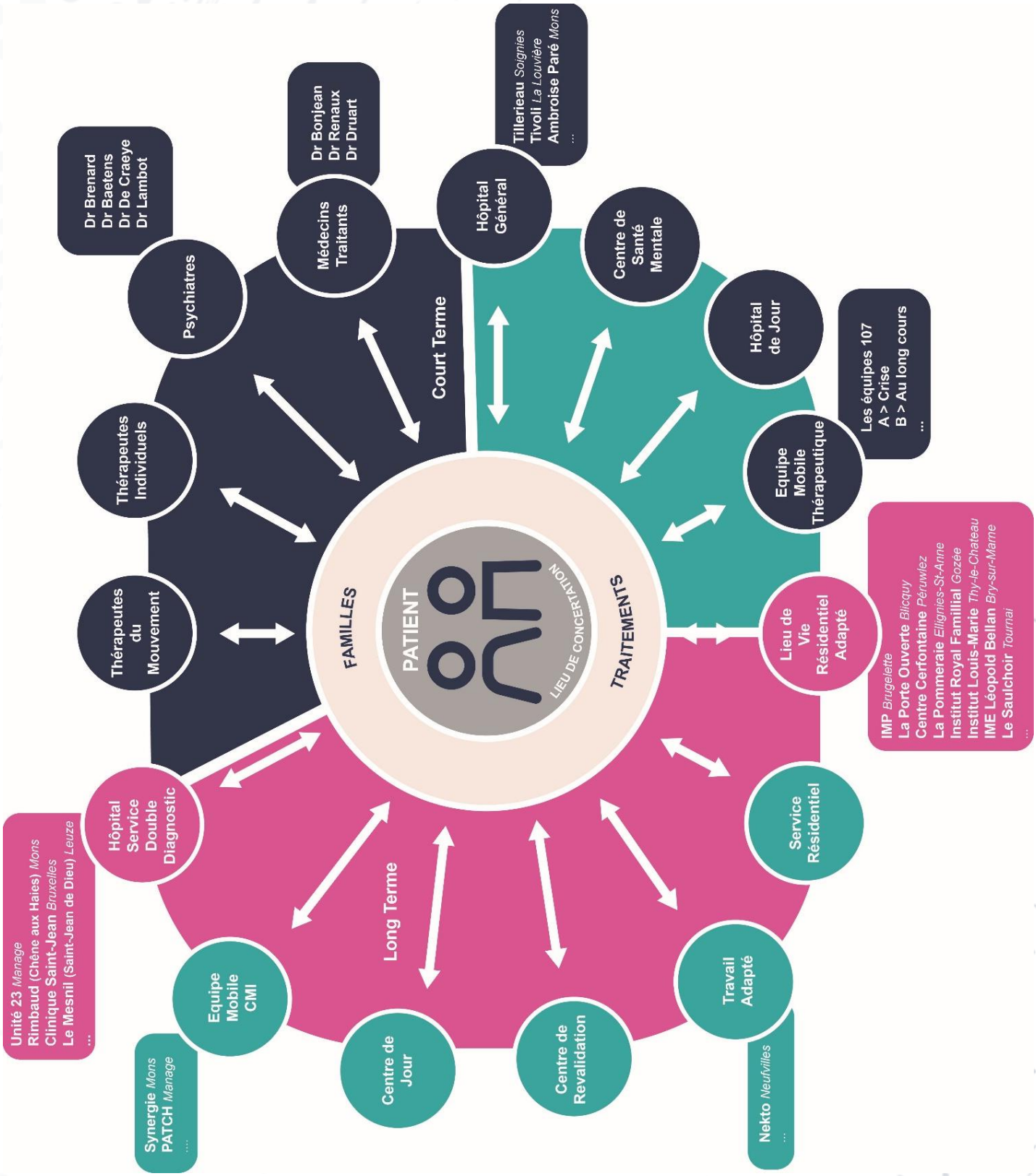
*En outre, il est primordial de recourir à du **personnel qualifié, suffisamment formé pour faire face à ces cas complexes, apportant un soutien actif,** afin que tous les intervenants disposent de possibilités suffisantes et d'aide pour leur permettre de remplir leur emploi du temps avec des activités constructives.*

Le DOUBLE DIAGNOSTIC

- Problématique de personnes atteintes d'une déficience intellectuelle associée à des problèmes (troubles) de santé mentale, qui sont essentiellement, dans notre organisation, des psychoses, des troubles de l'attachement, des troubles de la personnalité…
- Un accompagnement qui nécessite une approche globale pour susciter un apaisement significatif

LE RÉSEAU DU CENTRE REINE FABIOLA

Ce schéma est proposé par le Conseil Supérieur de la Santé. Il a été adapté à la réalité de notre organisation.



La Charte des droits et des Libertés du Centre Reine Fabiola

La Charte des Droits et des Libertés du Centre Reine Fabiola concerne tous les clients accueillis au sein de l'organisation, mais aussi tous les membres du personnel impliqués dans l'accompagnement de ces adultes. Plus que de règles applicables à la lettre, il s'agit d'un cadre au sein duquel devra se situer toute action et qui permettra à l'accompagnement de s'exercer de manière légitime.

Ainsi, l'action éducative consistera non pas à « réagir » mais à anticiper, à cadrer, à inscrire dans une globalité, à accompagner... en se basant sur un cadre commun.
Cette Charte est en cours de réécriture.

Respecter les DROITS ET LIBERTES du client, ce n'est pas :

- Le déresponsabiliser
- Agir de manière incompatible avec ses besoins
- Le priver d'exprimer des choix et de s'engager (autodétermination)
- Le priver de son droit à l'erreur

L'accompagnement de la vie amoureuse au Centre Reine Fabiola (Annexe 2)

Dès le projet d'intégrer le Centre Reine Fabiola, le postulat suivant doit être clairement notifié par écrit pour tous : « Le droit de la personne à la vie affective et sexuelle est une liberté fondamentale ». Cette information se retrouve dans le Règlement d'Ordre Intérieur et le Projet Andragogique et/ou Pédagogique, et est communiquée lors de l'admission. Au Centre Reine Fabiola, les clients sont acteurs de leur vie relationnelle, affective et sexuelle.

La Charte de la vie amoureuse est le document de référence, au sein du Centre Reine Fabiola, pour tout ce qui concerne l'accompagnement des personnes accueillies.

Rédigée en 1998, certains de ses principes ont depuis évolué parallèlement à l'évolution de la société. A partir de 2009, des espaces de réflexion se sont ouverts dans l'organisation pour réfléchir à ces questions liées, entre autres, aux tabous en matière de sexualité pour des personnes en situation de handicap. Objectifs : mener un travail de fond aux points de vue pédagogique et légal, redonner au travail d'accompagnement de la sexualité une dimension plus proche de l'expression ou des demandes des clients et réaffirmer ainsi le droit inaliénable de tout être humain de se réaliser sexuellement. Un droit qui, éthiquement, ne saurait souffrir de limitations proportionnelles à la gravité du handicap.

A ce jour, le Centre Reine Fabiola a déterminé, expérimenté et mis à jour une politique pédagogique globale par rapport à l'Education à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle (EVRAS). Celle-ci est constituée principalement des éléments suivants :

- La formation Droits et Libertés. Elle correspond à ce qui est appelé par l'AViQ (Agence pour une Vie de Qualité) : « Eveil à la citoyenneté ».
- La formation à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle (VRAS).
- La Charte de la vie amoureuse.
- L'accompagnement des couples par le groupe des conseillers de couple. En ce compris les demandes de fiançailles (reconnaissance interne au Centre Reine Fabiola), de cohabitation des couples de résidents et de séparations.
- Des réunions psychopédagogiques permettant entre autres de déployer un travail interdisciplinaire en matière de VRAS.
- Le mandat donné au service de soutien social et administratif aux personnes accueillies pour les situations dans lesquelles l'intervention d'un tiers est requise dans la triade résident - organisation - famille.

- Le mandat donné au service de psychologie pour pouvoir assurer un suivi individuel axé entre autres sur les questions de VRAS.
- Une procédure de traitement des réclamations de clients relatives à la suspicion d'abus.
- Une procédure d'analyse de demande et d'accompagnement pour le recours à l'assistance sexuelle ou à l'acte prostitutionnel.

Par ailleurs, l'AViQ prévoit que les services s'engagent à mener des débats, des rencontres avec les proches des personnes accueillies de manière à définir ce qu'est le statut d'adulte en institution et toutes les questions que cela pose sur les plans andragogiques et/ou pédagogiques, juridiques, éthiques…

Par rapport au personnel, deux choses importantes sont à épingler :

- Chaque membre du personnel reçoit une information suffisamment complète par rapport au secret professionnel et les exceptions que celui-ci prévoit. « Si un professionnel soupçonne qu'une personne vulnérable est maltraitée, abusée, exploitée, harcelée ou subit des effets de négligence, il doit immédiatement faire le nécessaire pour protéger cette personne… ». Voir chapitre de ce Référentiel sur le secret professionnel et le secret professionnel partagé.
- Il est clairement notifié dans le règlement de travail que : « *Les relations sexuelles ou à caractère sexuel entre les clients et les professionnels du Centre Reine Fabiola sont interdites* ».

L'accompagnement de la vie amoureuse

Avoir une vie affective et sexuelle est une liberté fondamentale et un droit inaliénable.

La Charte de la vie amoureuse (Annexe 2) est le document de référence au sein du Centre Reine Fabiola pour tout ce qui concerne l'accompagnement des personnes en situation de handicap dans leur vie affective et sexuelle.

Au Centre Reine Fabiola existe une politique andragogique et/ou pédagogique globale par rapport à l'Education à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle (EVRAS) : formations obligatoires pour les personnes en situation de handicap, groupe de conseillers de couple, travail interdisciplinaire, procédure d'analyse de demande et d'accompagnement pour le recours à l'assistance sexuelle…

Les formations à la responsabilisation proposées par le Service de Formation Permanente (SEFOPE)

- La formation « Découverte du Centre Reine Fabiola ». Elle s'adresse aux clients récemment admis. A travers des rencontres et des visites, elle leur permet de découvrir le fonctionnement de l'organisation et de savoir où adresser une demande.
- La formation Droits et Libertés.
- La formation EVRAS (Education à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle).
- La formation Education aux médias.

DROIT D'ALLER ET DE VENIR

« La liberté d'aller et venir, c'est la liberté pour tout individu de se déplacer et de s'établir, sans contrainte et sans autorisation de la puissance publique. C'est une liberté fondamentale qui connaît cependant des restrictions car elle doit être conciliée avec d'autres impératifs, non seulement liés à la préservation de l'ordre public, mais également du fait de contraintes liées à la sécurité des personnes. (…)

L'accompagnement de personnes en situation de vulnérabilité peut faire peser sur les professionnels une peur de mise en danger d'autrui ou une crainte d'imputation de responsabilité en cas d'atteinte à la sécurité des personnes. Depuis la loi dite « ASV »[3] du 28 décembre 2015, la liberté d'aller et venir est l'un des droits fondamentaux que l'ensemble des établissements et services sociaux ou médico-sociaux se doivent d'assurer à l'égard des personnes qu'ils accompagnent. Dès 2003, l'article 8 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie a garanti le droit à l'autonomie des personnes et notamment la possibilité de circuler librement. Il s'agit donc pour les établissements de concilier liberté d'aller et venir et respect de l'intégrité physique et de la sécurité des personnes accompagnées.

En 2004, une conférence de consensus organisée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) sur « la liberté d'aller et de venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligations de soins et de sécurité » proposait des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, posant des repères sur cette question délicate. Elle rappelait en préambule que : « La liberté d'aller et venir d'une personne accueillie dans un établissement médico-social ne doit pas être entendue seulement comme la liberté de ses déplacements à l'intérieur de l'établissement, mais aussi comme la possibilité pour elle de mener une vie ordinaire au sein de l'établissement qu'elle a elle-même choisi. Cette liberté s'interprète de manière extensive et prend appui sur les notions d'autonomie, de vie privée et de dignité de la personne. L'autonomie représente l'autodétermination d'une personne, le droit de prendre elle-même ses décisions. Respecter l'autonomie individuelle signifie respecter la personnalité et la dignité de chaque personne. La liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux est un droit inaliénable. Toutefois cette liberté peut être exceptionnellement limitée dans des conditions strictement définies pour des raisons médicales. Il faut réussir à concilier deux principes apparemment opposés, la liberté et la sécurité, ceci au cas par cas, en prenant en compte d'abord la situation de la personne et non ses pathologies et en s'attachant à apporter une réponse adaptée à sa vulnérabilité éventuelle.

Selon les experts de la conférence de consensus, les raisons invoquées pour justifier des restrictions à la liberté d'aller et venir peuvent être de plusieurs ordres. Elles peuvent tenir à :

- *Des contraintes territoriales (il n'existe pas d'établissement adapté aux besoins de la personne à proximité de son lieu de vie)*
- *Des contraintes architecturales (les locaux ne répondent pas aux exigences en matière d'accessibilité et/ou d'inclusion sociale)*
- *Des contraintes organisationnelles (horaires de soins, horaires des repas…)*
- *Des raisons sécuritaires (protection de la personne contre elle-même et contre autrui, sécurité des lieux…)*
- *Des raisons médicales (désorientations dans le temps ou dans l'espace…)*
- *Des raisons financières (insuffisance des ressources empêchant de se rendre à l'extérieur de l'établissement…).»*[4]

www.creaibfc.org/wp-content/uploads/edd/360-09-1.pdf

[3] Loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement

[4] « La liberté d'aller et venir dans les Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux : un droit fondamental pour les personnes accompagnées », par Dominique DUBOIS, Juriste et Conseillère technique du CREAI Bourgogne-Franche-Comté (2017).

Le droit d'aller et de venir

C'est un droit inaliénable. Il s'agit pour les établissements de concilier :
- La liberté d'aller et venir
- Le respect de l'intégrité physique
- Le respect de la sécurité des clients

Cette liberté peut être exceptionnellement limitée pour plusieurs motifs :
- Contraintes territoriales
- Contraintes architecturales
- Contraintes organisationnelles
- Raisons sécuritaires
- Raisons médicales
- Raisons financières

Le Centre Reine Fabiola est une organisation ouverte. Le droit d'aller et venir est donc d'application partout. Au Centre Reine Fabiola, cette liberté ne peut être limitée que :
- S'il y a une urgence extrême, aux conditions suivantes :
  . S'il y a mise en danger pour le client ou pour autrui, la limitation est immédiate
  . La privation de liberté doit être temporaire et la plus courte possible
  . Elle doit être justifiée
  . Il faut avoir l'autorisation de l'Adjoint de Direction concerné ou, si le temps est trop court, le prévenir dès que possible.
- Si elle a été prescrite par un médecin

L'INCLUSION

Avec l'intégration, c'est à la personne accueillie de s'adapter à la société par l'intermédiaire de structures spécialisées qui visent à rétablir ou compenser ses fonctions défaillantes. Pour s'intégrer, la personne doit se normaliser, faire l'effort de s'ajuster au système de prise en charge existant, en répondant à ses attentes. La société dans son ensemble ne change pas.

L'inclusion cherche prioritairement à transformer la société qui ne formule aucune attente par rapport aux personnes en situation de handicap. L'inclusion vise à lever les obstacles à l'accessibilité pour tous aux structures ordinaires d'enseignement, de santé, d'emploi, de services sociaux, de loisirs, etc.

« Réflexion impulsée par les politiques européennes, la notion de société inclusive a fait également son entrée dans le vocabulaire de l'accompagnement des personnes handicapées. La société inclusive cherche à favoriser la participation des différents groupes qui la composent pour leur permettre de vivre ensemble en cherchant à répondre à leurs besoins et en les impliquant dans les décisions qui la concernent. La société doit faire en sorte que les personnes, quelles que soient leurs difficultés, soient en mesure de vivre en société et de mener une vie normale avec le niveau d'assistance nécessaire qui doit être efficace et efficient. L'inclusion est une manière de penser et de vivre qui réclame la participation active de tous les citoyens. »[5]

« L'inclusion sous-entend la participation des personnes aux décisions qui sont prises avec elles et non plus pour elles. Une organisation est inclusive lorsqu'elle module son fonctionnement, se flexibilise pour offrir, au sein de l'ensemble commun un 'chez soi pour tous'. »[6]

[5] D'ALESSIO Simona, communication au colloque « Pour une nouvelle expertise de l'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap » (Projet EQUAL 2002-2005, Une nouvelle dynamique : le processus d'inclusion), Reims, le 18 novembre 2005

[6] GARDOU Charles, la société inclusive, Editions Erès 2012 – page 36

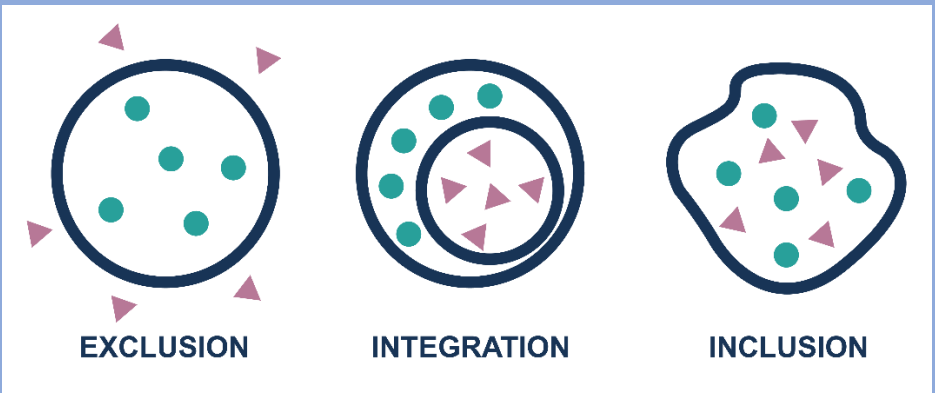
En 2009, la Belgique s'est engagée dans ce processus d'inclusion en ratifiant la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. Dans son article 19 intitulé « Autonomie de vie et inclusion dans la société », les états signataires *« reconnaissent à toutes les personnes handicapées le droit de vivre dans la société, avec la même liberté de choix que les autres personnes, et prennent des mesures efficaces et appropriées pour faciliter aux personnes handicapées la pleine jouissance de ce droit ».*

L'inclusion ne signifie pas pour autant la fin des structures spécialisées. Elle vient réinterroger la qualité de vie des clients qui y sont accueillis. Elle est un effort démocratique pour que tous les citoyens, puissent participer pleinement à la société, selon un principe d'égalité de droit. L'expertise des structures spécialisées est redéployée pour accompagner et soutenir les personnes et les structures ordinaires dans ce processus.

Le Centre Reine Fabiola réaffirme aujourd'hui sa volonté de développer de manière encore plus marquée une andragogie et/ou pédagogie de l'inclusion. Le réflexe n'est plus de rechercher une solution ou une amélioration au sein de l'organisation, mais se poser d'emblée la question de ce que la société a à offrir, quel que soit le domaine concerné. Et se demander comment l'organisation peut être « facilitante » dans ce processus d'inclusion du client dans la société.

Une convention citoyenne sera rédigée afin de réguler la participation de la personne accueillie dans son activité inclusive. Elle sera annexée à son Projet de vie.

L'INCLUSION



Le handicap est le résultat d'une interaction entre une personne présentant une incapacité et les obstacles qu'oppose à celle-ci une société non inclusive.

Extrait de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées

L'INCLUSION, ce n'est pas :

- L'adaptation du client à la société par l'intermédiaire de services qui visent à compenser ses fonctions "défaillantes".
- Une normalisation du client à la société.
- L'ouverture d'un droit à la similitude, à être semblable, mais plutôt à la singularité et à la différence.
- L'organisation d'une réponse aux besoins du client en interne lorsque celle-ci existe ou peut être développée en dehors de l'organisation.
- La même posture éducative que pour l'intégration.

CHARTE POUR L'ORGANISATION D'ACTIVITÉS ÉDUCATIVES (FICHE 16 & 17)

Objectifs de la direction

Le chef de groupe doit être le garant de la gestion d'une activité dans un cadre défini, celle-ci valorisant un des axes du travail éducatif.

Postulat :

Une activité est un acte éducatif. Celle-ci sera préparée par écrit, avec des objectifs. Une évaluation sera réalisée par la suite à propos de sa pertinence et de son déroulement.

Toute activité sera consignée dans le cahier de vie présent au sein de toutes les « associations » (foyers / ateliers) avec les objectifs suivants :

- Identifier au minimum le lieu de l'activité, la date, le nom des participants et le nombre d'encadrants
- Équilibrer la participation des résidents aux différentes activités éducatives
- Spécifier le ou les objectifs poursuivis par l'éducateur
- Spécifier le mode de financement de l'activité

Une évaluation de l'activité sera organisée après sa réalisation afin de constater si les objectifs ont été atteints et, en cas de problème, pouvoir y remédier pour l'activité suivante.

Charte des activités

1. Toute activité proposée à un client le sera en lien avec ses besoins et centres d'intérêt.
2. Tous les clients ont le droit de proposer une activité extérieure en fonction de leurs propres intérêts. Si celle-ci ne suscite pas d'intérêt chez les autres bénéficiaires, le chef de groupe doit veiller à ce que cette demande soit relayée auprès des autres foyers d'hébergement ou ateliers dans un objectif de synergie.
3. La participation d'un client à une activité est à envisager en tenant compte de de ses moyens financiers. Si celui-ci ne dispose pas des ressources requises, une demande exceptionnelle à la direction pourra être introduite pour lui permettre le cas échéant de participer à l'activité.
4. Une activité ne peut pas nécessiter une norme supplémentaire à la norme prévue initialement au sein de l'hébergement (sauf activité exceptionnelle avec autorisation du responsable).
5. Toute activité extérieure dans un environnement de masse nécessite un encadrement éducatif adapté à la situation.
6. Une activité ne peut pas générer de bénéfices dans la caisse activité de l' « association », sauf si cette activité a pour objet une œuvre caritative.
7. Si une activité génère des bénéfices pour une œuvre caritative, les résidents doivent être impliqués et conscientisés de manière formelle à cette œuvre caritative.
8. Lorsqu'un client invite une autre personne, quelle qu'elle soit (conseiller, résident, membre du personnel…), la participation aux frais doit être précisée autant pour celui qui invite que pour celui qui est invité : "Qui paye quoi ?"
9. Lorsqu'une sortie impose la présence d'un éducateur en raison du niveau d'autonomie des personnes présentes, le coût de cette sortie pour l'éducateur est pris en charge par l'organisation.

Si une activité sort du cadre proposé par cette charte, un projet écrit doit être rentré auprès du chef de groupe quinze jours avant la date prévue. ***(Fiches 16 & 17)*** Si ce dernier valide l'activité, il la soumettra à l'adjoint de direction responsable, qui se réserve le droit d'accepter ou de refuser cette activité.

UNE **ACTIVITE EDUCATIVE**, ce n'est pas :

- Une activité incompatible avec les besoins du ou des clients
- Une activité réalisée, créée, préparée sans le ou les clients
- Une activité sans objectifs précis définis à l'avance

CADRE COMMUN : CINQ RÈGLES DE VIE

Cadre commun à afficher dans tous les lieux communs de l'organisation. Il doit être utilisé dans la relation entre l'intervenant et le client, dans le cas du non-respect de la règle, pour expliquer à quoi se réfère l'action éducative.

Accompagné éventuellement des consignes locales propres à chaque équipe

- **Règle 1** : Nous sommes tous différents
- **Règle 2** : Toute forme de violence est interdite
- **Règle 3** : Le vol est interdit
- **Règle 4** : Je prends soin de moi
- **Règle 5** : Je respecte les horaires, le matériel et les infrastructures du Centre Reine Fabiola

LA CHARTE DE LA BIENTRAITANCE

Les modalités de la mise en œuvre de cette charte se trouvent dans le Projet andragogique et/ou pédagogique local de chaque équipe éducative, qui propose des actions concrètes évaluables.

LA BIENTRAITANCE, ce n'est pas :

- Le versant positif de la maltraitance
- Ne pas maltraiter (bientraitance = action volontaire)
- Placer le client en situation de dépendance à autrui
- Définir un projet pour le client sans tenir compte de son expression et de sa liberté de choix
- Exclusivement orientée vers le client mais doit être une culture d'entreprise (Projet global)
- Un acte à poser à un instant T, elle doit être envisagée tout au long de l'accompagnement du client
- Considérer que tous les clients sont les mêmes (tous pareils)
- Un acte ou une attitude commune à tous et pour tous, elle doit être adaptée en permanence sans omettre le cadre de base
- Uniquement tenir compte du client tel qu'il est aujourd'hui (tenir compte de son parcours, de son passé)
- Une réflexion unilatérale et individuelle à propos d'un client, elle est en constante évolution
- Uniquement une question de lien entre le professionnel et le client, mais aussi une question de qualité du lien
- Une prise en compte du client exclusivement, mais aussi de son environnement, ses influences ainsi que les structures internes et externes dans lesquelles il évolue

Droit à l'oubli[7]

Dans une organisation comme le Centre Reine Fabiola, qui accueille des personnes avec des besoins spécifiques, beaucoup d'informations concernant leur vie privée sont échangées par les différents professionnels. La plupart d'entre elles sont rassemblées dans le Projet de Vie des personnes accueillies et constituent une trace écrite précieuse. Des règles sont établies en matière de secret professionnel et de confidentialité, et les informations échangées servent à accompagner les personnes en situation de handicap mental de la manière la plus adéquate possible, dans une recherche de qualité toujours accrue. Ces données se montrent pertinentes à un moment donné dans une situation donnée pour ajuster des attitudes éducatives en constante évolution. Certaines, les plus marquantes probablement, perdurent dans le temps : elles restent dans les mémoires de certains professionnels, sont lues par d'autres de manière rétroactive lors de la consultation du Projet de Vie, ou ré-évoquées lors d'une réunion où une modification du Projet de Vie est envisagée.

Trois notions sont importantes à ce niveau :

- Se situer en dehors de tout jugement sur ce que l'on découvre.
- Accorder une réelle place à la notion de « différence » entre tous les êtres humains (règle 1).
- Octroyer une certaine prescription à des faits ou attitudes du passé qui n'ont plus d'incidence sur la vie actuelle du client concerné ou ne sont plus d'actualité. Et ce faisant, lutter contre la tendance de l'organisation à générer malgré elle un processus de stigmatisation des individus.

[7] Outsiders, de Howard S. Becker

Le droit à l'oubli

- Inviter à la prudence lorsque l'on prend connaissance de données extraites du Projet de vie du client. Garder une position « méta », où l'on est à la fois acteur et observateur, pour garantir que l'on reste dans une posture professionnelle, le danger étant d'induire un comportement antérieur chez la personne accueillie.
- Octroyer une certaine prescription à des faits ou attitudes du passé, après analyse des risques en équipe interdisciplinaire
- Respecter le secret professionnel

Tous responsables

Tout être humain a le devoir de porter assistance à toute personne en danger.

Aux côtés des équipes éducatives, des services pédagogiques et du service médical, le Centre Reine Fabiola comprend aussi des services administratifs et des services techniques.

Tout membre du personnel, quelle que soit sa fonction, participe au projet global de l'organisation dont la mission première est l'accompagnement des clients dans leur projet de vie. Dans ce sens, il a le devoir d'intervenir ou de signaler tout fait ou toute situation, concernant une (ou des) personne(s) en situation de handicap mental, qui lui semblent anormaux ou inadéquats. Ces faits ou situations peuvent être d'ordre personnel, relationnel, médical...

Devoir d'exemplarité

Les attitudes et propos tenus par les membres du personnel ont valeur d'exemple vis-à-vis des clients. Parmi ceux-ci, certains réalisent des apprentissages, ou calquent leurs comportements, surtout en matière d'habiletés sociales, sur base d'observations des membres du personnel de l'organisation.

Chacun se doit donc d'être attentif à respecter les règles établies pour les clients.

Les bonnes pratiques professionnelles

Différentes recommandations concernant les pratiques professionnelles font partie de ce qu'on appellera le « portefeuille de lecture » de ce Référentiel andragogique et/ou pédagogique.

Il s'agit de recommandations de bonne pratiques éditées

- par la Haute Autorité de Santé (HAS) en France (bientraitance, accompagnement à la santé, gestion des comportements-problèmes…) ***(Annexe 3)***.
- par le CREAI (Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations) en faveur de personnes en situation de vulnérabilité

www.has-sante.fr/jcms/c_2836921/fr/les-recommandations-de-bonne-pratique-du-secteur-social-medico-social

www.creaicentre.org/charte-des-creai-et-de-l-ancreai.html

Secret professionnel et secret partage (Annexe 4)

Secret professionnel

Sont tenues au secret professionnel

- Les professions textuellement visées par l'article 458 du Code pénal : *« Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sage-femmes et toutes autres personnes dépositaires,*

par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice (ou devant une commission d'enquête parlementaire) et celui où la loi, le décret ou l'ordonnance les oblige ou les autorise à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement d'un an à trois ans et d'une amende de cent euros à mille euros ou d'une de ces peines seulement. »

- Les professions visées par des dispositions particulières (les réviseurs d'entreprise, les membres des CPAS, les membres des services de protection de la jeunesse...).
- Les personnes qui peuvent être qualifiées de « confident nécessaire ».

La notion de *« confident nécessaire »* n'a pas de définition légale. Il est possible de l'apprécier en tenant compte de deux éléments :

- Une intervention qualifiée de nécessaire.
- Une intervention dans le cadre de l'exercice d'une profession ou d'un mandat ou par état.

Contenu du secret professionnel

Le principe est que tout ce qui est appris dans le cadre du travail tombe sous le coup du secret professionnel. Bien que l'article 458 du Code pénal ne vise explicitement que les secrets qu'on confie à autrui, il est admis que l'obligation de secret s'étend aux faits constatés ou même surpris chez le bénéficiaire, quoiqu'ils n'aient pas fait l'objet d'une confidence[8]. Le secret professionnel équivaut à une obligation, un devoir général de silence.

Exceptions

- Le témoignage en justice ou devant une commission d'enquête (art. 458 du Code pénal).
- Les cas où la loi ou une disposition équivalente ordonne ou permet la levée du secret professionnel.
- L'état de nécessité.

Le recours à l'état de nécessité, qui justifierait la levée du secret professionnel, répond à 4 conditions : le danger que l'on s'apprête à éviter doit être grave et réel (permettre de protéger une valeur supérieure à celle protégée par le secret : principe de proportionnalité), il s'apprécie toujours par rapport au futur (un fait grave passé ne représente plus un danger permettant la levée du secret, c'est ce qui distingue l'état de nécessité de la dénonciation), il s'apprécie au cas par cas (pas de « liste » de faits ou de situations a priori, il s'agit toujours d'une évaluation contextualisée et circonstanciée), et toutes les autres manières de protéger la victime doivent avoir été envisagées (« dernier recours », principe de subsidiarité)[9].

Le secret professionnel partagé

Le secret professionnel partagé peut être défini comme un partage d'informations nécessaires ou utiles couvertes par le secret professionnel à d'autres praticiens eux-mêmes tenus par l'obligation de secret, ayant la même mission et la même finalité d'intervention et ce, moyennant le respect et l'accord du client concerné. Le partage doit être limité à ce qui est strictement nécessaire pour la réalisation de la mission commune.

Il n'existe pas de texte juridique établissant le secret professionnel partagé. Il s'agit d'une construction rendue nécessaire par le travail pluridisciplinaire.

[8] NOUWYNCK, Lucien, La position des différents intervenants psycho-médicosociaux face au secret professionnel dans le travail avec les justiciables, texte mis à jour en janvier 2012.

[9] C BOSQUET, 'le secret professionnel' comité de vigilance en travail social

Les devoirs de discrétion et de réserve

Le devoir de discrétion peut être défini comme une obligation générale de prudence.

Tout professionnel se doit de s'abstenir de révéler inutilement ou de manière préjudiciable les informations ou faits dont il a connaissance.

Le devoir de discrétion s'impose donc aux travailleurs qui ne seraient pas soumis au secret professionnel tel qu'établi par l'article 458 du Code pénal et inclut également des faits dont la connaissance n'est pas acquise dans un cadre professionnel.

Le devoir de réserve est une obligation de ne pas faire état, durant ses prestations professionnelles, de ses opinions personnelles, qu'elles soient politiques, religieuses ou autres.

DÉLÉGATION ET PERMANENCES WEEK-END ET JOURS FÉRIÉS

Définition

Délégation.
Action de déléguer. Agir par délégation.

- Mandat permettant à une personne d'agir au nom d'une autre.
- Acte par lequel une personne est déléguée.
- Transmission d'une autorité ou d'un pouvoir à quelqu'un. Délégation de pouvoir.

Dictionnaire Antidote

Il appartient au professionnel en prestation sur le terrain, en fonction des faits auxquels il est confronté et des circonstances dans lesquelles ils surviennent, de gérer la situation et au besoin, de faire appel à la ligne hiérarchique soit :

Le chef éducateur et le chef de groupe, qui déterminera s'il faut contacter l'Adjoint de Direction de permanence ***(Incident niveau 2, page 51).***

L'Adjoint de Direction de permanence, qui appellera la Direction andragogique et/ou pédagogique, en cas de faits ayant des conséquences graves (incident niveau 3) sur l'intégrité physique ou morale des clients ou des membres du personnel, ou des incidences importantes sur les infrastructures. Le chef de groupe doit également être prévenu.

Les chefs de groupe et les chefs éducateurs demeurent responsables et référents des foyers, ateliers occupationnels et équipes qu'ils supervisent (y compris sporadiquement en cas de congé d'un collègue).

Permanences week-end et jours fériés

La délégation concerne le pouvoir décisionnel en matière de pédagogie.

L'éducateur ou le professionnel présent sur le terrain, en fonction des circonstances, fait appel à la ligne hiérarchique et notamment, s'il s'agit de faits importants (incident niveau 2, page 51) et le chef éducateur et le chef de groupe.

LA DELEGATION, ce n'est pas :

- Une déresponsabilisation
- Une absence de contrôle et de suivi
- Une incompatibilité avec les compétences
- Une absence d'information, d'objectif
- Une absence de motivation

RÉFÉRENTIEL
ANDRAGOGIQUE
ET OU PÉDAGOGIQUE
Du Centre Reine Fabiola

CHAPITRE 5

CONCERTATION ET TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE

5 – Concertation et travail interdisciplinaire

Nous communiquons dès lors que nous entrons en relation avec autrui. En entreprise, la communication interpersonnelle a toute son importance : échanger sur des pratiques professionnelles, faire passer des messages, écouter les avis des uns et des autres, travailler ensemble en toute sérénité…

Communiquer s'apprend et il est important de garder à l'esprit que les outils de communication mis à disposition, comme les mails ou les sms par exemple, peuvent être efficaces mais ne remplacent pas la communication humaine qui est de loin plus efficiente en matière de création et de maintien de liens. La nouvelle dynamique liée au rôle de mandataire, qui implique la rencontre des autres intervenants, en est l'exemple.

Les avantages d'une bonne communication verbale :

- Améliorer ses relations avec autrui
- Faire passer un message efficacement en évitant les malentendus
- Travailler de manière constructive
- Apaiser les tensions ou gérer les conflits adéquatement
- Mieux appréhender les changements, notamment les résistances
- Mettre son intelligence émotionnelle au service d'autrui

Contrat d'Objectifs et Projet de Vie

Le Contrat d'Objectifs établi entre l'AViQ et le Centre Reine Fabiola définit le mode d'utilisation des ressources de l'organisation, prioritairement affectées à la promotion d'une culture de la bientraitance et à l'optimisation de la qualité du service rendu aux bénéficiaires.

Cet objectif est poursuivi au travers de 5 domaines : politique d'accompagnement, fonctionnement et organisation, personnel, infrastructures. Ainsi que, aussi et surtout, l'implication du client, qui se concrétise directement au travers de son Projet de Vie.

Selon la définition de l'ANESM (Agence Nationale française de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux), le Projet de Vie est l'organisation :

- Du droit à un accompagnement adapté aux particularités du client, à ses besoins, à ses aspirations, à l'évolution de sa situation, en respectant son consentement éclairé.
- Du droit d'exercer un choix dans ses prestations adaptées.
- Du droit de participation directe de l'usager à la conception et à la mise en œuvre du projet de Vie qui le concerne.

www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet.pdf

Basé sur une grille des besoins élaborée par l'organisation, son ambition est de répondre aux demandes et besoins de chaque personne accueillie au Centre Reine Fabiola, en les impliquant toutes dans les choix qui les concernent au niveau de leur vie.
Être soi-même, avoir la possibilité de décider, cultiver ses propres ressources, voilà quelques-uns des objectifs poursuivis.

Pour optimaliser la qualité de la prise en charge de chaque homme et femme confiés à l'organisation, d'étroites synergies sont

mises en œuvre au quotidien entre foyers d'hébergement et ateliers. Au départ du foyer d'hébergement qui est le leur, tous les clients ont toutefois la possibilité de choisir d'exercer une ou plusieurs activités en journée parmi les nombreuses opportunités offertes au sein de l'ensemble du Centre Reine Fabiola. L'ensemble des équipes éducatives travaillent ainsi en offrant à chaque client un accompagnement personnalisé et de qualité.

L'outil « Projet de Vie »

Dans le Projet de Vie, il ne s'agit pas de concevoir le client comme un être "actuel" ayant certains besoins, mais aussi comme un être en devenir, c'est à dire en développement constant. Il s'agit d'accompagner le client comme il est mais aussi dans son évolution.

La philosophie du Projet de Vie est donc de se projeter vers l'avant (au sens de *Projicere* en latin : jeter en avant, jeter loin de soi)

Cet outil permet à tous les intervenants d'implémenter et de centraliser toutes les informations pertinentes autour du client de manière à en élaborer une « vision » complète. Ce travail est renforcé par le suivi quotidien apporté par le mandataire faisant office de relais entre le client et l'organisation.

Très concrètement, le programme informatique du Projet de Vie permet une centralisation des informations, accessible à tous les professionnels concernés et facile à utiliser. Il favorise l'échange entre les clients et les professionnels.

Un PROJET DE VIE pour chaque personne accueillie dans l'organisation

Chaque personne accompagnée a des attentes et des besoins singuliers, que le professionnel s'emploie à intégrer dans le Projet de Vie. Le processus à mobiliser pour cela est un véritable apprentissage d'une co-construction patiente entre la personne et l'accompagnant, représentant la meilleure réponse que peuvent apporter les professionnels face au risque d'une approche standardisée qui s'opposerait à l'objectif de personnalisation.

Didier Charlanne, Directeur de l'ANESM.
Recommandation de bonnes pratiques.
Les attentes de la personne et le projet personnalisé
Un document appelé "Guide Projet de Vie" précise le cadre de référence utile à chacun pour remplir les items prévus dans le programme informatique. (Annexe 6)

L'OUTIL PROJET DE VIE, ce n'est pas :

- Un outil remplaçant la communication
- Un simple document administratif
- Un document complété par le mandataire seul
- Un arrêt sur image
- Une réponse aux aspirations des professionnels
- Une réalité intemporelle qui ne tient pas compte des désirs et des aspirations que le client développe et projette

Rôle du mandataire

Il est celui qui coordonne la mise en place des objectifs opérationnels en lien avec les besoins et les demandes du client pour lequel il a le mandat.

Par rapport au client :

- Il est un point de référence dans sa vie quotidienne.
- Il favorise un climat de bienveillance et d'écoute active.
- Il reçoit ses demandes.
- Il évalue la couverture de ses besoins au niveau de son autonomie et de la prise en charge de l'environnement.
- Il garantit l'individualisation de l'accompagnement proposé.
- Il garantit sa participation optimale dans son Projet de Vie ainsi que dans les lieux de concertation : l'expression du client doit être notée et toute modification doit lui être expliquée en utilisant une communication adaptée.
- Il l'aide à connaître l'organisation et à solliciter les différents services et à l'accompagner au besoin.
- Il accompagne le client par rapport au respect de ses engagements.
- Il l'informe du travail qu'il mène avec le client, de la situation de celui-ci, de l'avancée en lien avec son Projet de Vie.
- Il s'inscrit dans une démarche d'intervision avec ses collègues afin d'échanger sur les stratégies à mettre en place.
- Il garantit le travail en équipe au sein du réseau du client.
- Il organise la continuité du travail pendant les périodes où il est absent.

Par rapport à l'organisation

- Il garantit la mise en œuvre du Projet de Vie et sa mise à jour en temps réel.
- Il veille à ce que le Projet de Vie soit lisible, complet, écrit correctement, en interpellant qui de droit au besoin.

Par rapport à la famille

- Il est l'interlocuteur de la famille en ce qui concerne le suivi quotidien du bénéficiaire. Il passe le relais à un collègue en cas d'absence, et à l'assistant(e) social(e) de référence en cas de situations sensibles, celui-ci (celle-ci) devenant alors le tiers.

Les missions du mandataire

- Être un point de repère.
- Favoriser l'écoute et l'expression.
- Garantir l'individualisation de l'accompagnement.
- Aider le client à respecter ses engagements.
- Informer les autres intervenants et être collaborant.
- Apporter la coordination nécessaire pour mener à bien les actions.
- Être l'interlocuteur de la famille pour le suivi quotidien.
- Mettre à jour le Projet de Vie, en étant réactif, par rapport au quotidien de la personne suivie.

LE MANDATAIRE n'est pas :

PAR RAPPORT AU CLIENT
- L'interlocuteur unique du client
- Forcément la personne de confiance du client
- Le seul à suivre et faire appliquer les objectifs
- Un substitut de la famille
- Celui qui dit au client ce qu'il doit faire ou penser
- Celui qui donne un accord par rapport à un droit
- Le détenteur d'un savoir absolu par rapport au client

PAR RAPPORT A LA FAMILLE
- Le seul interlocuteur
- L'unique responsable du suivi du plan d'accompagnement
- Le confident de la famille
- Celui qui se substitue à elle
- Celui qui fait entendre sa voix comme étant celle de l'organisation

Réunions interdisciplinaires

Le client est invité à participer à toutes les réunions le concernant. Le mandataire et/ou son représentant sont tenus de l'informer et de l'inviter. Le client fera le choix de participer ou non à ces rencontres. S'il émet le souhait de prendre part à la réunion, une participation complète ou partielle lui sera proposée en relation avec son envie et ses capacités du moment. L'objectif de cette pratique est de considérer le client comme sujet et acteur principal de son Projet de Vie en participant activement aux réunions qui le concerne.

	Réunion de Coordination (COO)	**Réunion psycho-pédagogique (RPP)**
Objectifs ?	Se réunir pour échanger et se **coordonner autour d'attitudes pédagogiques / andragogiques**. Elle peut correspondre aussi à une demande ou une attente du client lui-même en relation avec un besoin non comblé.	Apporter une réponse à une **situation plus complexe ou plus grave** nécessitant la présence de l'équipe andragogique / pédagogique, lorsque les outils mis en place dans le Projet de Vie ne suffisent pas. La RPP peut avoir lieu de manière indépendante ou suite à une Coordination qui n'a pas permis de régler une problématique. Elle peut correspondre aussi à une demande ou une attente du client lui-même en relation avec un besoin non comblé.
Qui décide ? Qui organise la réunion ?	Un mandataire ou tout membre du personnel qui en voit la nécessité.	L'équipe andragogique / pédagogique, suite à une demande formelle remplie par un mandataire ou tout membre du personnel (**Fiche 1**).
Conditions préalables ?	Que le Projet de Vie soit rempli. Que le mandataire ou son remplaçant ait une vision globale de l'avancement des démarches déjà entreprises par les équipes de terrain et des attentes exprimées pour la réunion.	Que le Projet de Vie soit rempli. Que l'équipe andragogique / pédagogique ait une vision globale de l'avancement des démarches déjà entreprises par les équipes de terrain et des attentes exprimées pour la réunion, via le formulaire de demande. Il contacte le demandeur si certains éléments sont manquants ou doivent être précisés.
Mise en œuvre ?	Le mandataire veille : à ce que les propositions ou décisions soient mises en œuvre ; à ce que les changements éventuels soient implémentés dans le Projet de Vie du client ; à donner les explications au bénéficiaire concerné.	La responsabilité de la mise en œuvre des décisions est décidée durant la réunion. Le Projet de Vie du client concerné est adapté pendant la réunion RPP en sa présence.
Rapport ?	Un rapporteur prend note de l'essentiel du contenu de la réunion : personnes présentes, objectif(s), éléments importants, proposition ou décision (Canevas de rapport – Fiche 2). Cet écrit doit être transmis au secrétariat de l'équipe andragogique / pédagogique pour encodage, distribution aux équipes concernées et mise en annexe du Projet de Vie. Il est important de spécifier à la fin du rapport qui interpelle qui, pourquoi et dans quels délais. Le rapport sera distribué aux personnes présentes.	Le rapport est validé, avant diffusion par l'équipe andragogique / pédagogique. Le rapport sera distribué aux personnes présentes.

Pour ces deux types de réunion, le mandataire veillera à ce que les changements soient apportés dans le Projet de Vie du client. Il veillera aussi à s'assurer de la compréhension de ces changements par celui-ci.

Choix et changement de foyer d'hébergement ou d'atelier occupationnel

Tout client a le droit de demander un changement de foyer d'hébergement ou d'atelier de jour et tout membre du personnel a le devoir de l'aider à écrire un courrier allant en ce sens. Ce courrier sera adressé à l'Adjoint de Direction de référence. Cette lettre doit être datée et signée par le client, et mentionner le nom du rédacteur.

Le mandataire doit être tenu au courant de cette demande afin de la notifier dans le Projet de Vie du bénéficiaire.

Si la demande émane du mandataire ou de son remplaçant, en lien avec les besoins du client, l'Equipe andragogique et/ou pédagogique est interpellée.

La décision finale doit être validée par l'Adjoint de Direction concerné.

Changement de foyer d'hébergement ou d'atelier de jour

- Tout client a le droit de demander un changement de foyer ou d'atelier.
- Dans tous les cas, le client doit être concerté.
- La demande doit être motivée.

Questions à se poser au préalable :
- Si la demande émane d'un membre du personnel, y-a- t-il concertation avec le client par rapport à l'intention de modifier son environnement ?
- Qu'a-t-il été mis en place par le mandataire vis-vis du client ?
- Le mandataire a-t-il eu des échanges avec ses collègues par rapport à cette demande, lors de la réunion d'équipe ?
- Dans l'environnement actuel, le Projet de Vie met-il en exergue une impossibilité de couverture de certains besoins ?
- Des outils d'évaluation ont-ils été utilisés ?
- L'information a-t-elle été donnée au responsable légal et/ou à la famille ?

CHAPITRE 6

OBSERVATION D'INCIDENTS

6 – Observation d'incidents

Signalement d'incidents concernant des faits communs : niveau 1

Il s'agit de troubles du comportement en rapport avec le non-respect du cadre commun affiché dans tous les lieux de vie ***(voir chapitre 4 - cadre de référence)*** qui, étant donné leur nature et/ou leur fréquence, ne mettent pas en danger réellement les clients et/ou professionnels.

Ces troubles constituent un ensemble de réactions qui démontrent la désorganisation de l'adulte. Ils se présentent le plus souvent sous la forme de manifestations d'agressivité ou de violence.

Ces faits sont à insérer dans le rapport de réunion d'équipe via un canevas.

Signalement incidents faits importants – niveaux 2 & 3

« Un trouble du comportement (T.C.) est jugé grave s'il met en danger, réellement ou potentiellement, l'intégrité physique ou psychologique de la personne, d'autrui ou de l'environnement ou qu'il compromet sa liberté, son intégration ou ses liens sociaux.»

Les faits de niveau 2 sont des faits importants, inquiétants, qui nécessitent une intervention interdisciplinaire dans des délais raisonnables.

Dans ce cas :

- La fiche de signalement ***(Fiche 4)*** est à compléter le jour-même par le membre du personnel impliqué ou témoin de l'incident, paraphée par son chef de groupe et remise à un Adjoint de Direction.
- Un Adjoint de Direction décide s'il s'agit bien d'un incident de niveau 2 (ou s'il doit être requalifié en niveau 1). Il détermine son degré de confidentialité et précise à qui l'incident doit être communiqué. En tous les cas, il décide d'une action à mettre en place.

Les faits de niveau 3 sont des faits dont la gravité nécessite un traitement plus rapide, voire immédiat. La qualification d'un fait en niveau 3 revient exclusivement à l'Equipe andragogique et/ou pédagogique suite à son analyse. Celle-ci donnera des instructions claires et ciblées concernant la réaction que devront avoir les membres du personnel. Ces injonctions deviendront la priorité des tâches des professionnels.

Recadrage d'un comportement inadéquat et sanction éducative

Définition

Par sanctionner, on entend : intervenir pour donner suite au non-respect d'une règle ou à un comportement non respectueux vis à vis de soi, d'un autre ou d'un groupe.

www.fusegu.be

Il s'agit d'un « processus » qu'il faut intégrer comme un outil d'accompagnement.
Sanctionner, c'est faire référence au cadre (5 règles affichées et connues de tous, incarnées par tous les professionnels du Centre Reine Fabiola) et agir dans le respect de celui-ci.

Lorsqu'un bénéficiaire ne respecte pas le cadre, il n'agit pas contre le professionnel, ni la structure. Cela fait partie de son DROIT au débordement pulsionnel (ce pourquoi il est accueilli dans l'organisation). Sans qu'il ne soit question de banaliser un comportement, se fâcher n'est pas une attitude à adopter. En effet, si le client a besoin d'intensité, le fait d'avoir une attitude trop ferme risque de répondre à ce besoin et de renforcer le risque de renouvellement du comportement et à nouveau le non-respect du cadre.

On sanctionne un acte mais pas une personne et la sanction s'adresse à un sujet mais pas à un groupe.

Il s'agit d'une prévention à de futures transgressions similaires.

Étapes de la sanction éducative

1- Au moment où un comportement inadéquat survient :

- Prendre le temps de **s'arrêter.**
- **Nommer la personne** (ne pas dire : « arrête tout de suite… », ne pas oublier qu'on parle à un individu).
- **Identifier l'acte ou l'attitude** : par exemple : « tu as volé »
- **Ne pas stigmatiser l'auteur** : ne pas dire par exemple « tu es un voleur » car **on sanctionne un acte mais pas une personne**.

2- Faire référence au cadre

- **Quelle règle a été transgressée ?** Par exemple : *« tu as frappé un habitant du foyer et la règle 2 est que toute forme de violence est interdite ».*
- **Explique le versant positif de la règle.**
  Par exemple : *« est-ce important pour toi d'avoir le droit de vivre en sécurité ? Cet habitant a le même droit que toi ».*
- **Réorienter le bénéficiaire :** *« Aurais-tu pu agir autrement ? », « Comment ? »*
  S'il ne peut pas répondre, lui expliquer comment il aurait pu éviter l'incident et lui présenter les différents actions positives alternatives.

3- Imposition

« Puisque tu n'as pas respecté une des grandes règles du Centre Reine Fabiola (la/les nommer)*, tu dois te remettre en ordre vis-à-vis de* l'organisation*. Pour cela, voici ce que le Centre Reine Fabiola te demande de faire… »* Il s'agit ici d'avoir une posture éducative de tiers. *« Mon travail est de faire appliquer le cadre ». C*ela évite la toute-puissance éducative et permet à l'intervenant de se mettre dans une posture d'accompagnement. L'éducateur peut même accompagner le client dans cette imposition, car celui-ci exécute sa sanction tout en étant dans une démarche positive que nous DEVONS accompagner.

Le principe qui se cache derrière cela est la responsabilisation du client en tant que sujet adulte (andragogie).

Principes de cette imposition :

- Ne pas être liée à la faute commise
- Être courte et facile à réaliser
- Ne pas être négociée avec le client
- Ne pas aller à l'encontre des besoins impérieux du client
- Ne pas l'utiliser comme réponse unique aux besoins du client (la réponse aux besoins doit se faire dans un principe de prévention primaire).

3 types d'imposition (à proposer dans l'ordre) :

- Une tâche à réaliser (courte, dans les compétences de la personne accueillie et qu'elle est capable de réaliser sans difficulté). La mission de l'éducateur étant de l'accompagner dans cette démarche positive puisque le client se remet en ordre par rapport à l'organisation.

- Une privation. Si l'imposition ne fonctionne pas. On prive temporairement d'un droit (TRES COURT TERME, cela touche à la symbolique). Pas de privation par rapport à la famille, aux habitudes ou assuétudes. Exemples : cigarettes, coca à 10h00 s'il est donné tous les jours, nourriture, habitudes de vie fondamentales. Pas de privation par rapport aux vulnérabilités et aux besoins de la personne concernée.

- Une mise à l'écart. Ne pas dire : *« Tu sors ! »*, mais offrir un choix et une alternative par rapport à un comportement attendu : *« Si tu veux rester avec nous, nous attendons que tu aies ce type de comportement »…* Si la mise à l'écart doit se faire, l'éducateur indique au client un endroit où il peut se rendre en lui disant qu'il arrive dans 5 (vraies) minutes pour

en discuter. L'éducateur doit tout faire pour maintenir le lien dans la relation. Même si le client fait tout pour le rompre.

C'est pourquoi l'exclusion du lieu de vie n'est pas une mise à l'écart souhaitable en cas de débordement pulsionnel. Le déménagement du client doit être en relation avec son Projet de Vie et le projet andragogique et/ou pédagogique local. Agir autrement peut être considéré comme un renforçateur négatif du comportement. En effet, si le client veut changer de projet, il risque de mettre en place des comportements défis pour y arriver. L'imposition est la partie la moins intéressante du travail de l'éducateur mais totalement nécessaire pour montrer à tous que le cadre doit être respecté.

4- Réparation et restauration du lien (envers la/les victimes – individuelle/ groupale)

Cette étape est la partie la plus intéressante du processus. C'est elle qui permettra d'implémenter les grandes règles du Centre Reine Fabiola.

Quelques principes :

- Obtenir le **consentement** de l'auteur.
- S'assurer de son **implication** dans la réparation : elle exige un réel engagement.
- L'**accompagner** : l'injonction ne suffit pas, la sanction n'est pas une rupture du lien avec l'éducateur qui conserve sa mission d'accompagnement.
- Proposer une réparation qui a du **sens** : les réparations ne doivent pas être humiliantes ou dangereuses. Les réparations ont un caractère symbolique.
- Penser à une réparation en faveur de la personne qui a subi un **préjudice**, mais aussi peut-être de l'équipe éducative et des **autres personnes impliquées.**
- **Idéalement**, accompagner le client pour **qu'il puisse proposer lui-même une réparation**, en respectant les autres principes énoncés ci-dessus.

5- Fin de la sanction et retour à la normale

Informer le client lorsque la sanction est terminée.

Terminer par de la positivité. Exemple : « *Bravo pour ta sanction. Tu es en ordre avec l'organisation. Repartons du bon pied. Tu as montré beaucoup de choses positives dans le cadre de cette sanction… ».*

6- Se poser la question de ce que l'on dit aux **autres personnes en situation de handicap**

Exemple : *« vous avez tous vu hier. La situation était compliquée avec x. Tout est arrangé. Le processus de sanction est terminé. Les 5 règles sont importantes pour le Centre Reine Fabiola et nous garantissent de vivre ensemble dans la sécurité et la protection ».*

Toujours garder une posture de tiers dans la relation au client. Objectif : ne pas créer de **relation duelle**.

Les « marches » de la violence et la sanction éducative

Il est important de mener une réflexion en équipe sur la manière d'introduire une cohérence dans les étapes de la sanction éducative. Plus il y aura d'intensité/fréquence dans les comportements défis, plus l'imposition sera de l'ordre symbolique et la réparation/réintégration importante. L'objectif est de donner l'occasion au client de s'apaiser via le processus de sanction. Pour ce faire, l'attitude éducative doit se situer en « position basse » pour permettre au client de « redescendre les marches de la violence », ce dernier n'ayant pas les compétences pour le faire. Outils à disposition : communication non-violente et écoute active.

LA SANCTION, ce n'est pas :

- Une punition qui correspond à une charge émotionnelle de la part de celui qui l'impose
- Un outil pour réinstaurer l'autorité et faire preuve de pouvoir et de puissance
- Une intervention qui porte sur une personne (mais au contraire sur des actes)
- Une intervention adressée à une collectivité (mais au contraire à un sujet)
- Une imposition qui vise à décourager, frustrer, humilier ou culpabiliser la personne sanctionnée
- La mise en place d'un processus orienté vers le passé (mais au contraire vers l'avenir)

RÉFÉRENTIEL
ANDRAGOGIQUE
ET OU PÉDAGOGIQUE
Du Centre Reine Fabiola

CHAPITRE 7

OBSERVATION EN LIEN AVEC UN PROBLÈME MÉDICAL

7- Observation en lien avec un problème médical

Fiche d'observation médicale (Fiche 6)

La fiche d'observation médicale doit être remplie dès que des symptômes ou des signes de malaise physique se manifestent chez un bénéficiaire ou si un éducateur ou un professionnel fait appel à un médecin.

Elle est à remettre au Service médical au plus tard le lendemain du jour où elle a été remplie.

Une infirmière juge s'il s'agit d'informations sans conséquences directes ou s'il est préférable de convoquer le bénéficiaire.

Pour certaines situations, une présence éducative sera obligatoire lors de la consultation chez le médecin généraliste.

L'infirmière rédige un compte-rendu écrit et le transmet aux équipes concernées.

Fiche d'observation psychiatrique (Fiche 7)

Lorsqu'un éducateur ou un membre d'un service pédagogique (service de psychologie, service de soutien social et administratif aux bénéficiaires, Sefope…) formule une demande de consultation psychiatrique, ou désire transmettre des observations au psychiatre, une fiche d'observation psychiatrique doit être remplie par un éducateur du foyer ou de l'atelier où évolue le bénéficiaire.

Les informations que cette fiche contient serviront de base à la consultation psychiatrique. Une fois remplie, elle est à remettre au service médical, ainsi qu'au secrétariat de l'équipe andragogique et/ou pédagogique afin que la fiche soit annexée au Projet de Vie.

Suivant les observations reprises, une présence éducative sera parfois obligatoire lors de la consultation chez le psychiatre.

Une infirmière rédige un compte-rendu écrit et le transmet aux équipes concernées.

Echelle comportementale de la douleur (Fiche 8)

Cet outil, sous forme de grille, permet de mesurer l'évolution d'une douleur, dans un temps donné, avant ou pendant un traitement.

Elle peut s'avérer utile lorsqu'un bénéficiaire manifeste des signes de douleur répétés ou en cas d'observation de certains comportements inhabituels pouvant être révélateurs d'une douleur.

Son utilisation peut être demandée par un médecin, une infirmière, un chef de groupe, un éducateur. Elle est à compléter par un éducateur ou un membre du personnel soignant.

Elle est à remettre à un membre du service médical.

ESTIMATION DU VIEILLISSEMENT ET DE LA DÉPRESSION

La Grille d'Estimation du Vieillissement et de la dépression (GEV) permet d'apprécier le fonctionnement global du bénéficiaire dans les situations de perte d'autonomie brutale ou progressive, qu'elles soient dues à un processus de vieillissement normal ou pathologique, ou liées à une maladie.

Quand utiliser cette grille ?

Cette grille est à remplir par les équipes éducatives et pédagogiques sur base de leurs observations directes et concerne les domaines suivants :

- Etat physique : éléments significatifs sur le plan médical et état physique global.
- Etat mental et cognitif : éveil, vivacité, attention, concentration, orientation spatio-temporelle, mémoire, langage, praxie (adaptation des mouvements à l'objectif visé) et raisonnement perceptif (jugement, résolution de problèmes, perspicacité).
- Comportements : pensées, hallucinations, délires, affabulations, humeur, sommeil, appétit, activité psychomotrice.
- Activités élémentaires et complexes de la vie quotidienne : aptitudes fonctionnelles, état d'investissement dans le tissu social.
- Rapport aux croyances spirituelles ou religieuses, en rapport ou pas avec une culture familiale.

Si la Grille d'Evaluation du Vieillissement consiste à objectiver les dysfonctionnements constatés (perte d'autonomie, ralentissement, détérioration mentale éventuelle du bénéficiaire…), elle vise en premier lieu à faire évoluer les hypothèses explicatives et à redéfinir le travail d'accompagnement en fonction de celles-ci.

Ce travail se réalise sur base d'une concertation entre le Service de psychologie et le Service médical. L'objectif est d'apporter les observations nécessaires au médecin traitant ou à un spécialiste pour qu'il puisse poser un diagnostic ou, le cas échéant, demander des examens médicaux complémentaires

Méthodologie d'utilisation de cette grille :

ÉTAPE 1 : ANALYSE DE LA DEMANDE

Un membre du personnel contacte le Service de psychologie pour formuler une demande de GEV. Un(e) psychologue interroge le demandeur pour déterminer si la GEV est bien l'outil adéquat à utiliser dans la situation qui le préoccupe, et propose éventuellement un autre outil si ce n'est pas le cas. Cette étape d'analyse de la demande est primordiale.

ÉTAPE 2 : RECUEIL DES OBSERVATIONS DES EQUIPES

Un(e) psychologue transmet la grille à compléter à toutes les équipes qui accompagnent le client concerné avec un délai d'environ trois semaines pour la remplir et la lui remettre.

ÉTAPE 3 : ANALYSE DES OBSERVATIONS DES DIFFERENTES EQUIPES

Un(e) psychologue analyse les observations recueillies et transmet le tout aux intervenants qui ont complété la grille (observations + analyse sous forme de conclusions). Les membres du personnel faisant partie de l'équipe interdisciplinaire qui travaille directement avec le bénéficiaire reçoivent les conclusions uniquement.

ÉTAPE 4 : HYPOTHESES ET PROPOSITIONS DE PISTES DE TRAVAIL

En fonction des hypothèses et des questions posées dans les conclusions, une réunion psychopédagogique peut être programmée afin d'élaborer la suite du travail et affiner l'accompagnement proposé au client.

GEV et Projet de Vie

L'évaluation du vieillissement et de la dépression a systématiquement des répercussions sur le Projet de Vie du bénéficiaire. En effet, l'analyse et les conclusions engendrent nécessairement une redéfinition du travail étant donné qu'il existe des modifications substantielles dans le fonctionnement psychique de l'intéressé.

Dans un premier temps, il est nécessaire de redéfinir le niveau de couverture des besoins après avoir passé en revue les indicateurs.

- Se posent ensuite des questions relatives aux objectifs établis dans le Projet de Vie.
  Les objectifs centrés sur le développement de l'autonomie du client peuvent-ils être maintenus ? Doivent-ils être revus à la baisse ? Mis en suspens ? Annulés ?
  Il est évident que si une démence dégénérative est diagnostiquée et/ou si chaque intervenant a constaté que la personne présentait des signes de désorganisation spatiale par exemple, son autonomie en termes de déplacement devra être redéfinie.
- Les objectifs centrés sur l'environnement permettent-ils une couverture suffisante des besoins ? Y-a-t-il lieu de les redéfinir ?
  En toute logique, lorsqu'une personne voit son autonomie se dégrader, cela nécessite que son environnement s'y adapte, de manière à ce que le besoin soit couvert par l'accompagnement et/ou par un projet de foyer d'hébergement ou d'activité de jour plus adapté.

Il sera souvent nécessaire d'adapter les attitudes éducatives si les troubles du comportement sont liés à une pathologie.

Grille d'Estimation du Vieillissement et de la dépression

- A utiliser dans les situations de pertes d'autonomie brutales ou progressives.
- Demande à adresser au Service de psychologie.
- Se réalise sur base d'une concertation entre le Service de psychologie et le Service médical.
- Objectif immédiat : fournir les observations nécessaires au médecin traitant ou à un spécialiste pour poser un diagnostic ou demander des examens médicaux complémentaires.
- Objectif à terme : faire évoluer les hypothèses explicatives et redéfinir le travail d'accompagnement.

ORGANISATION DES CONSULTATIONS MÉDICALES

Deux principes de base :

- Le rôle du Service médical est d'assurer le suivi de la santé de chaque résident.
- Le respect du secret médical (éventuellement partagé au bénéfice exclusif du résident) est une condition sine qua non au bon fonctionnement de l'exercice pluridisciplinaire de l'art de soigner.

Les consultations médicales constituent le socle de cette prise en charge, et donc la première préoccupation de chaque membre du service. Leur organisation rigoureuse et systématique est donc indispensable à leur qualité et leur efficience. Le respect de ces consultations et la présence des bénéficiaires à celles-ci sont capitaux pour réaliser une prise en charge sécuritaire de qualité.

CONSULTATIONS INTERNES DE MEDECINE GENERALE

L'infirmière responsable de la consultation est la seule habilitée à inscrire un usager à la consultation médicale, sous la supervision de la responsable du service médical. Elle établit la liste des consultations selon des critères d'inscription préétablis. Elle recueille tous les éléments nécessaires au bon déroulement de la consultation auprès de tous les intervenants concernés, collègues du Service médical ou membres du personnel éducatif. A ce sujet, tous les membres du Service médical sont proactifs et font part de leurs observations à l'infirmière responsable de la consultation et à la responsable du service. Si elle l'estime pertinent, elle convoque à la consultation, sous le couvert du secret médical partagé, le mandataire du bénéficiaire, le responsable d'atelier ou de foyer, ou tout autre professionnel qui peut apporter ses compétences et connaissances à une meilleure prise en charge de l'usager.

En étroite collaboration avec le médecin généraliste, elle assure la « post-consultation » :

- Retranscription dans E-institution du contenu de la consultation, mise à jour de l'agenda et des traitements…
- Programmation du suivi médical (prises de sang, consultations ultérieures…)
- Prise de rendez-vous pour les avis et examens complémentaires demandés.
- Communication aux foyers (équipe et responsable) concernés - et si besoin à d'autres services pédagogiques - des renseignements médicaux uniquement utiles et nécessaires à une prise en charge optimale du résident et dans le respect strict du secret médical partagé.

CONSULTATIONS INTERNES DE MEDECINE SPECIALISEE

Elles se déroulent selon le même canevas, exception faite de certaines consultations de psychiatrie auxquelles l'infirmière n'assiste pas. De même, sauf exception, un éducateur sera présent à cette consultation.

CONSULTATIONS EXTERNES

Dans la mesure du possible, elles sont regroupées pour rationaliser les transports, et prévues longtemps à l'avance.

L'accompagnement des résidents est assuré par l'équipe médicale. Cependant, suivant l'état de santé du résident et/ou la complexité de la pathologie-comportement, une présence éducative supplémentaire sera demandée.

MOTIFS D'INSCRIPTION A LA CONSULTATION

Pathologie aigüe

- Survenue le jour même et constatée par un membre du service (température, malaise, hypertension artérielle, douleur…), sous la supervision de la responsable du Service médical, qui sollicite(nt) l'inscription à la consultation auprès de l'infirmière responsable de la consultation concernée. Celle-ci collecte le maximum de paramètres et d'informations quant à cette pathologie.
- Récente ou inquiétante au vu des antécédents ou du traitement du résident. Là aussi, l'infirmière responsable de la consultation concernée, en collaboration avec toute les équipes, rassemble tous les éléments, paramètres… utiles à la consultation.

Suivi

- Bilan régulier (bisannuel, annuel, semestriel… suivant la pathologie et le traitement), sur l'indication du médecin.
- Suivi particulier d'un problème clinique ou d'une biologie.
- Suite à la demande d'un généraliste ou d'un spécialiste.

Motif administratif (demande de certificats…)

ERREUR/OUBLI DE MÉDICATION (FICHE 19)

PERMANENCE MÉDICALE (EN DEHORS DES HEURES D'OUVERTURE DU SERVICE MÉDICAL)

Généralités

Pour joindre l'équipe médicale :

- En semaine de 07H30 à 18H00 au 067/79 48 90
- Week-end et jours fériés de 08H00 à 12H00 au 0490/56 09 38.
- En dehors de ces heures : en semaine : adjoint de direction responsable du service médical. Le week-end et lors des congés : Adjoint de direction de permanence.

Critère d'appel vers la permanence médicale

- Motif d'appel du foyer vers la permanence médicale :
  - Absence de médication ne pouvant pas attendre l'ouverture du Service médical.
  - Information par rapport au traitement (noms des génériques, etc.)

- Motif ne nécessitant pas l'appel du foyer vers la permanence médicale :
  - Erreur ou oubli de médication :
    Centre antipoison + Suivre les directives du centre antipoison
  - Mail au responsable médical (responsable.medical@centrereinefabiola.be) et à l'équipe médicale (medical@centrereinefabiola.be) afin de les informer et remplir le document « Erreur médicamenteuse » à transmettre à l'équipe médicale dès que possible.
  - Hospitalisation : mail au responsable médical (responsable.medical@centrereinefabiola.be) et à l'équipe médicale (medical@centrereinefabiola.be)
  - Si pas de médication de soutien prévue dans le traitement se trouvant dans le projet de vie : appel médecin de garde (1733)
  - Si soucis de santé : appel médecin de garde (1733), ou 112 SI URGENCE VITALE
- En cas d'appel infructueux, **LAISSER IMPERATIVEMENT** un message vocal intégrant les points suivants :
  - Nom et prénom de l'appelant
  - Foyer dans le besoin
  - Nom et prénom du résident
  - Motif de l'appel
  - Numéro de téléphone auquel on peut contacter l'appelant

- Rappel :
  - Suivre la procédure en cas de problème médical ***(page 63 du Référentiel andragogique et/ou pédagogique)***.
  - La médication et l'anamnèse médicale se trouvent dans le Projet de Vie
  - Prendre les paramètres (FC = fréquence cardiaque, SaO2 = saturation en oxygène, TA = tension artérielle, T° = température, glycémie) avant tout appel si vous avez le matériel adéquat.
    Seuls les foyers la Gradine et la Reverdie ont ce matériel. Pour les autres foyers, prendre la température.
  - Hospitalisation : mail au responsable médical (responsable.medical@centrereinefabiola.be) et à l'équipe médicale (medical@centrereinefabiola.be) et à l'adjoint de direction.
  - Retour au foyer après séjour en famille postposé : mail au responsable médical.
  - Décès : suivre la procédure ***(Chapitre 12 – procédure en cas de décès)***.

Procédure en cas de problème médical

Centre Reine Fabiola
depuis 1963

Service médical	Généralistes	Neuropsychiatres
Joignable au 067/794890 de 07h30 à 18h00. **En semaine :** Présence d'une équipe soignante de 07h30 à 18h00. **Le week-end et jours fériés :** Présence d'une soignante de 08h00 à 12h00. Joignable uniquement sur le GSM médical au 0490/56.09.38	**De 8h à 18h** Les généralistes sont appelés uniquement par le service médical suivant les données transmises par l'association. **Docteur Bonjean** **Docteur Druart** **Docteur Renaux**	**Docteur Lambot** **Docteur Brenard** **Docteur De Craeye** **Docteur Baetens**

En dehors des heures d'ouverture du service médical et du médecin généraliste.

En semaine :	En week-end et jours fériés :
• Soit appel au médecin de garde au 1733 de 18h00 à 08h00 • Soit appel au 112 **SI urgence vitale**	• Soit poste de garde médicale PGN6 sur le site du Tilleriau de 08h00 à 20h00 • Soit appel au médecin de garde au 1733 **SI** déplacement impossible **OU** après 20h00 • Soit appel au 112 **SI urgence vitale**

Prévoir avant cet appel :

- **Donner l'adresse précise du foyer** et moyens d'accès (+ précisions, si nécessaire)
- **Donner son numéro de téléphone** pour pouvoir être rappelé si besoin
- **Donner le sexe - âge et handicap** de la personne concernée
- **Préparer** vignette de mutuelle et carte d'identité
- **Imprimer** la feuille d'anamnèse médicale et la feuille de traitement se trouvant dans le projet de vie (à remettre au médecin)

PENSER À S.A.M.

Signes et symptômes	Antécédents	Médicaments pris
- Pouls (tension) - Saturation (si appareil) - Température - Coloration de la peau - Vomissements - Niveau de conscience - Etc … Donner un maximum d'informations.	- Pathologies - Allergies - Alimentation : moment du dernier repas et niveau d'appétit.	- Lesquels - A quelle fréquence - Pour quel traitement (épilepsie, ….) - Médication de soutien préconisée par le médecin traitant (pourquoi et quand)

Numéros et adresses utiles

- En priorité ➔ Possibilité de consultation médicale au poste de garde médicale PGN6 :
  Adresse les week-ends et jours fériés (de 8H à 20H) :
  49, chaussée de Braine à 7060 Soignies (site Le Tilleriau) – Se munir d'argent , vignette, carte d'identité, feuilles d'anamnèse et de traitement.
- Médecin de garde : 1733
- Medic ambulance : 0800/13112 ou 0495/300013
- Jim ambulance : 064/675225 ou 0471/474881
- **Application FICR** de la Croix-Rouge concernant les premiers soins.

FICR

Urgence médicale

112 **Numéro d'appel européen en cas d'urgence**
101 **Police fédérale - Numéro d'appel pour des accidents de la route sans blessé**
(40)113 ou 070 245 245 **Centre Anti-poisons**
0900/10500 **Centre de garde de pharmacie**
105 **Croix-Rouge - Aide et intervention en cas de sinistres et de catastrophes**

- **Ensuite, bien noter toutes les infos dans le cahier de communication.**
- **Rédiger un mail au responsable médical ainsi qu'au service médical concernant les circonstances, les recommandations et les conclusions de la visite médical ou le rapport des urgences ou de l'appel au 112 en cas d'urgence vitale.**
- **En cas d'accident du résident, ne pas oublier de remplir la déclaration d'accident ETHIAS et l'envoyer le plus rapidement possible au niveau du service médical ainsi qu'une copie du rapport des urgences.**

RÉFÉRENTIEL
ANDRAGOGIQUE
ET OU PÉDAGOGIQUE
Du Centre Reine Fabiola

CHAPITRE 8

SITUATIONS SENSIBLES

8 – Situations sensibles

Gestion d'un comportement à risque

Disparition inquiétante

Quand il s'agit d'une disparition en journée et en semaine, téléphoner aux différents services (Service de soutien social et administratif aux personnes accueillies, Service Médical, Service de psychologie…) afin de vérifier que le bénéficiaire ne s'y trouve pas.

Quel que soit le moment, si le bénéficiaire est introuvable, il s'agit d'un fait de niveau 2. L'information doit être transmise au Chef de groupe qui contactera l'Adjoint de Direction concerné.

Mise en danger du bénéficiaire (ou mise en danger des pairs)

- Identifier, selon la connaissance que l'on a du bénéficiaire, le degré d'importance et agir en conséquence
- Remplir la fiche de signalement d'incident si nécessaire
- Réaliser un débriefing en équipe

Suspicion d'abus sexuels (Annexe 7)

Les lignes directrices concernant le traitement de situations de suspicion d'abus sexuel, proposées dans ce Référentiel, ont été définies suite aux réflexions d'un groupe de travail initié par l'AViQ en 2018, auquel a participé le Centre Reine Fabiola. Même si de tels incidents surviennent rarement, leur gravité mérite que l'on définisse des « bonnes pratiques » détaillées à propos de leur gestion, et que celles-ci soient communiquées à toutes les équipes.

Le traitement d'une suspicion d'abus

Il est inadéquat d'utiliser le mot « plainte » pour qualifier la démarche d'une personne ou d'un accompagnant visant à faire connaitre une situation d'abus suspecté. En effet, ce terme doit pouvoir rester exclusivement usité dans les situations où une action est à mener auprès de la justice.

Pour toute autre situation et dans un premier temps, il serait plus judicieux de parler de « réclamation » et ce, pour deux raisons :

- La procédure à suivre en cas de suspicion et en cas de réclamation est globalement la même. Une écoute et un accueil sont indispensables, une vérification doit être faite, un traitement de la demande doit avoir lieu, et celle-ci doit être suivie d'une prise en charge et enfin d'une évaluation.
- La désignation d'un garant est indispensable pour assurer la responsabilité de la prise en charge.

Enfin, il est nécessaire de distinguer deux cas de figure :

- Le premier concerne la suspicion d'abus d'un ou plusieurs résidents sur un ou plusieurs autres résidents. (**Guidelines A**).
- Le second concerne la suspicion d'abus d'un membre du personnel sur un ou plusieurs résidents (**Guidelines B**).

GUIDELINES A : TRAITEMENT DE SITUATION DE SUSPICION D'ABUS SEXUELS ENTRE RÉSIDENTS

PREMIÈRE PHASE DE LA PRISE EN CHARGE

S'il y a eu une agression sexuelle dont l'intervenant de première ligne a été témoin ou si celui-ci a été dépositaire d'une réclamation de la part d'un bénéficiaire, il importe de :

- **En cas d'agressivité, gérer celle-ci en éloignant physiquement les protagonistes.**
  Dans tous les autres cas, évaluer la pertinence de l'éloignement.
  Eloigner ne veut pas dire systématiquement en arriver à un changement d'hébergement, d'activité de jour ou de séjour vacances, mais bien veiller à une mise à distance physique réelle.
- **Veiller à la prise en charge du ou des client(s)**, reconnaitre leur souffrance. Ecouter sans prendre position. Il est important de préciser que prendre en charge n'est pas mener une enquête ni procéder à des interrogatoires.
- **Mettre en sécurité les personnes concernées** par la situation d'agression mais aussi le groupe proche.
- **Prévenir immédiatement son responsable** et l'Adjoint de Direction. Si les faits ont lieu lors d'un séjour de vacances, les intervenants informeront la direction de permanence.
- Evaluer la situation avec l'intervenant de première ligne et le responsable et, dans le chef de la direction, prendre **les mesures d'urgence** qui semblent les plus appropriées.
- Obtenir le soutien des collègues afin de ne pas être seul à gérer ce type de problème, surtout si l'intervenant est fort impliqué émotionnellement. Si les faits ont lieu pendant la nuit, faire appel à l'éducateur veilleur.
- Rédiger la fiche de signalement d'incidents concernant des faits importants et des faits graves - niveau 2 ***(Fiche 4)*** de manière méthodique en restant **centré sur les faits exclusivement** (lieu, heure, chronologie…) et en reprenant mot pour mot les dires de la/ou des personne(s) si elle s'est (se sont) exprimée(s) spontanément. Ces observations sont à transmettre dans les plus brefs délais à l'Adjoint de Direction. Il s'agit à ce stade de recueillir les différentes informations dont on dispose. Vis-à-vis des résidents, ceci n'est pas une enquête. Ils ne doivent pas subir un interrogatoire. Si les faits présumés surviennent lors d'un séjour de vacances, il importe également de pouvoir rédiger ce document ***(Fiche 4)*** même si dans un premier temps, le transfert d'informations entre le responsable de séjour et l'Adjoint de Direction se fera oralement par téléphone.
- **Observer** avec une attention particulière les protagonistes (**sans les interroger !) pendant 72 heures** de manière à servir au mieux les décisions à prendre quant à leur prise en charge. Il est très important en effet de tenir compte de la réaction des personnes pendant les jours qui suivent les faits présumés. Certains symptômes peuvent apparaitre après plusieurs heures, se déclarer après plusieurs jours. Ceux-ci sont de précieux indicateurs de la manière avec laquelle le client a vécu la situation.
  Ces observations sont à faire par écrit et à transmettre à l'Adjoint de Direction.
- Dans les cas d'accusations graves comme le viol, certains points sont à ajouter à la procédure :
  - Expliquer à la victime le sens des démarches qui suivent.
  - Se munir de gants pour prélever les sous-vêtements que portait la victime présumée et les conserver dans un sac en plastique. Ceux-ci pourront servir de preuve lors de l'enquête.

- Il est très important que la victime présumée ne prenne ni bain ni douche avant la visite chez le médecin.
- Respecter absolument le délai de 72 heures maximum pour l'examen médical de manière à récolter les preuves nécessaires à l'enquête.

Rappel : il est indispensable de garder à l'esprit les principes de base suivants.

- La mise en **sécurité** est primordiale : c'est le premier principe auquel il faut être attentif car l'absence de sécurité entretient le traumatisme.
- **Ne pas juger** : hormis en cas de « flagrant délit » (ce qui est très rare), le professionnel doit traiter le fruit de son observation ou les dires de la ou des personne(s) avec réserve. Nous sommes bien en présence d'une suspicion d'abus. Aucun jugement a priori ne peut être posé, dans le respect des résidents.
- **L'accueil de la victime** présumée et aussi de l'agresseur présumé doit rester central.
  Toute appréciation personnelle est à proscrire. Il faut veiller à ne pas générer, entretenir ou exacerber des sentiments de culpabilité chez la victime présumée.
- En ce qui concerne l'abuseur présumé, il bénéficie de **la présomption d'innocence**. La possibilité qu'il fasse l'objet d'une accusation malveillante, diffamatoire et donc abusive doit être prise en considération.
- **Être attentif à la souffrance** de la ou des personnes.
- **La confidentialité** est à respecter. Les informations ne doivent être partagées qu'avec les membres du personnel amenés à traiter la situation. Ce partage du secret professionnel doit être justifié.

DEUXIÈME PHASE DE LA PRISE EN CHARGE
L'ANALYSE DES FAITS ET LE RECOURS AU CORPS MÉDICAL

- L'Adjoint de Direction concerné poursuit la coordination du travail de traitement de la situation. Pour ce faire, il analyse les faits recueillis et mandate le service de psychologie pour rencontrer les résidents concernés et explorer avec eux la situation. Les entretiens se font en lien avec le contenu de la fiche d'incident en toute neutralité. Le ou la psychologue qui intervient ne peut donc pas être celui ou celle qui suit habituellement le résident. La prise de notes est très importante. Une retranscription mot pour mot est à privilégier. En fonction de la gravité des faits et si cela fait l'objet d'une démarche auprès de la justice, un juge pourrait demander la levée du secret professionnel conformément aux exceptions prévues par le code de déontologie en matière de secret professionnel.

  Le ou la psychologue rédige un rapport à l'attention de la Direction pédagogique. Celui-ci est différent de la prise de notes « mot à mot » et pourra contenir d'autres éléments cliniques. Il faut prendre toutes les précautions nécessaires afin de distinguer les faits des fantasmes. Le choc du traumatisme peut empêcher le client de retracer la chronologie des faits. Ce qui ne nous permet pas de remettre en cause la véracité des faits.

  Il faut informer préalablement la personne que l'on agit sous mandat de la direction, que l'entretien fera l'objet d'un rapport écrit, préciser à qui il sera transmis et dans quel objectif.

  L'entretien psychologique n'est pas une enquête car ce terme doit pouvoir rester propre au travail des services de police lorsqu'une plainte aura été déposée. Il est sans doute plus approprié de parler d'entretien d'exploration.

  Par ailleurs, il est nécessaire de laisser la possibilité aux protagonistes de pouvoir bénéficier d'un second entretien d'exploration. On sait que ces entretiens peuvent éveiller un certain stress ou qu'ils peuvent être compliqués à mener, en raison du fonctionnement de la mémoire traumatique conjuguée au handicap mental. Disposer d'un deuxième rendez-vous peut être intéressant pour

peaufiner le travail d'exploration et/ou permettre à la personne de se sentir plus en confiance.

- L'Adjoint de Direction **invite la victime présumée à rencontrer son médecin pour procéder à l'examen ad hoc** et respecte son souhait éventuel de ne pas le faire. Il est indispensable que le client se représente suffisamment clairement **les enjeux et les implications d'un tel examen** et en quoi il consiste concrètement. Ce pourquoi l'Adjoint de Direction responsable des services pédagogiques proposera à la victime présumée de rencontrer le (la) psychologue qui expliquera le déroulement de l'examen. Cette étape est délicate car vouloir imposer l'examen dans l'intérêt de la personne pourrait lui être nuisible. En effet, l'examen pourrait être vécu comme une nouvelle effraction des limites personnelles et venir ainsi se sur-ajouter à la mémoire traumatique de l'évènement.
- **L'examen doit être réalisé à l'aide du SAS** (Set d'Agression Sexuelle) dans les 72 heures. Le SAS est disponible dans tous les hôpitaux. La plupart du temps, les gynécologues y sont formés.
- L'Adjoint de Direction collecte toutes ces données et envisage toutes les hypothèses possibles. Il peut demander si nécessaire des **informations complémentaires** (témoignages, écrits…).
- En fonction de cette analyse, **trois cas de figures** peuvent se présenter :
  - Soit il y a bien eu une **difficulté dans une situation de proximité entre les protagonistes**. Par exemple, le non-consentement ne s'est pas exprimé explicitement, il n'a pas été perçu ou compris, ou encore les personnes ont déjà vécu des moments de rapprochement librement consentis, l'une des deux n'est plus d'accord et cela n'a pas été dit à l'autre... Au sens **strict de la loi, on ne pourra probablement pas parler d'abus sexuel.**
  - Soit il n'est **pas possible de se prononcer** de manière définitive sur la réalité ou non de l'abus. Par exemple : il n'y a pas suffisamment d'informations, celles-ci sont contradictoires, il est impossible pour l'intervenant de se faire une représentation exacte de ce qui s'est passé.
  - Soit, **la situation d'abus semble clairement établie**. Par exemple en cas de flagrants délits, de témoignages directs.

En concertation avec les équipes concernées, l'Adjoint de Direction Responsable des Services andragogiques et/ou pédagogiques décide d'informer le représentant légal et/ou la famille de l'état d'avancement de la procédure et des conclusions mais n'apporte évidemment pas de précisions sur le contenu. Il peut arriver au cours du contact pris avec la famille que des informations importantes puissent être recueillies. L'Adjoint de Direction Responsable des Services andragogiques et/ou pédagogiques doit en être informé de manière à tenir compte des éléments pertinents dans le traitement de la situation.

Le dépôt de plainte auprès de la police

Dépôt de plainte ou non ?

La décision revient toujours à la victime et/ou à son représentant légal. Cependant, la loi sur le secret professionnel prévoit que: *« Si un professionnel soupçonne qu'une personne vulnérable est maltraitée, abusée, exploitée, harcelée ou subit des effets de négligence, il doit immédiatement faire le nécessaire pour protéger cette personne…»*

En ce qui concerne les institutions, cela veut dire qu'il faut initier la procédure de traitement des suspicions d'abus. Voir ci avant.

En cas de dépôt de plainte, il est nécessaire :

- D'aider le client à faire les démarches administratives.
- De lui donner toutes les informations relatives au dépôt de plainte.
- De déposer plainte dans un commissariat de police ou directement auprès du Procureur du Roi.
- De préciser à la victime, avec l'accord de l'administrateur de la personne, qu'elle a le droit de choisir le commissariat de son choix, d'être reçue par un fonctionnaire de police du même sexe et d'être accompagnée par une personne de confiance.
- De préciser à la victime qu'elle a le droit de demander des précisions sur les questions qui lui sont posées et de demander une copie du document. *(Il faut néanmoins prévoir un accompagnement par rapport à cet aspect. Si cela peut être rassurant d'avoir ainsi pour elle une preuve matérielle du dépôt de plainte, il faut veiller à ce qu'elle puisse en avoir un usage adéquat et que nous puissions en garantir la confidentialité).*

Le Procureur du Roi ou le juge d'instruction décide de la suite à donner.

TROISIÈME PHASE : DÉFINITION DE L'ACCOMPAGNEMENT, CONCLUSIONS, ÉVALUATION

- En fonction de la situation, la ou les personnes concernées peuvent bénéficier d'un soutien psychologique en interne ou d'un soutien ou d'une thérapie à l'extérieur de l'organisation. Le bénéficiaire peut recevoir une information complète sur ce que sont les symptômes d'un psycho traumatisme. Le faire systématiquement serait une erreur car chez certains d'entre eux, parler des symptômes qu'ils pourraient ressentir risquerait d'induire ceux-ci. Ceci doit donc se faire au cas par cas.
- Une aide psychologique contrainte peut être imposée à l'agresseur si celui-ci a reconnu les faits ou s'ils sont avérés. Celle-ci fera l'objet d'une évaluation régulière. Une sanction peut aussi être posée. Celle-ci aura obligatoirement une dimension éducative dont la pertinence sera évaluée. Ces deux points doivent être abordés avec précaution. L'organisation doit assurer ses responsabilités dans le traitement de la situation mais ne peut se substituer à la justice. Il est toutefois à constater que les délais de « réactivité » de la justice sont longs et qu'il serait inconcevable de laisser dormir la situation en l'état sans faire quoi que ce soit.
- Une réunion psychopédagogique confidentielle en comité restreint peut être tenue de manière à coordonner les différentes actions nécessaires et à accompagner les bénéficiaires en fonction des problématiques identifiées.
- Un entretien individuel a lieu avec l'Adjoint de Direction Responsable des Services andragogiques et/ou pédagogiques pour signifier officiellement la fin de la période d'exploration et les décisions qui ont été prises.
- En fonction de la situation, familles et/ou représentants légaux peuvent être informés et concernés par cette étape.
- Un dossier confidentiel est tenu pour chacune des situations. Il reprend les observations, les rapports d'entretien, les décisions prises ainsi que les chronogrammes des différents éléments. Il est conservé au service de psychologie.

GUIDELINES B : TRAITEMENT DE SITUATION DE SUSPICION D'ABUS SEXUELS ENTRE MEMBRE(S) DU PERSONNEL ET RÉSIDENT(S)

En cas d'allégation de la part d'un résident d'abus sexuel dans le chef d'un membre du personnel, la **Direction andragogique et/ou pédagogique assure la responsabilité du traitement de la situation**. Les étapes à suivre sont les mêmes que dans le cas de figure précédent à l'exception des aspects suivants :

Pour la deuxième phase :

- La Direction andragogique et/ou pédagogique est directement informée de la situation et initie la procédure.
- La Direction andragogique et/ou pédagogique mandate le **service de psychologie** pour procéder à un **entretien d'exploration avec le(s) résident(s) concerné(s)** sur base d'un feed-back. Comme dans le guidelines A, l'entretien donne lieu à un compte-rendu qui servira de base au traitement de la situation.
- **La Direction andragogique et/ou pédagogique rencontre le(s) membre(s) du personnel concerné(s)**

La suite de la procédure à suivre est la même que pour le cas de figure A.

Pour la troisième phase :

Au cas où les faits ne sont pas avérés, le service de psychologie sert de support par rapport au membre du personnel de manière à aider celui-ci à réfléchir à la situation vécue et ses différentes implications.

Que les faits soient avérés ou non, le service de psychologie soutient le résident et définit les modalités d'une prise en charge adaptée en ce compris les aspects pluridisciplinaires.

FORCE PHYSIQUE, CONTRAINTE, ISOLEMENT ET CONTENTIONS

Un arrêté du Gouvernement Wallon prévoit plusieurs nouvelles dispositions, dont l'obligation de déterminer, dans le Projet Pédagogique global de l'organisation, les conditions de l'utilisation éventuelle de mesures particulières telles que la contention.

Faisant référence aux valeurs du Centre Reine Fabiola, la vision positive du travail éducatif n'amène pas vers l'usage de la force physique ou de la contrainte. Sont favorisés le respect, la responsabilisation et une communication positive et non violente.

Le respect des règles que suppose la vie en collectivité ne doit pas amener à un rapport de forces entre les équipes éducatives et les personnes accueillies au Centre Reine Fabiola. La plupart du temps, les conflits se gèrent grâce à :

- Une posture accueillante
- Une écoute active
- Une discussion
- Une conscientisation
- Une sanction positive
- Un appel à l'équipe ou à la hiérarchie
- Une réunion interdisciplinaire

Mais il existe des situations difficiles qui nécessitent parfois des mesures particulières.

Les balises proposées par l'AViQ sont les suivantes :
(extraits de "*Contention et isolement. Repères et bonne pratiques*" AViQ, 2022)

La contention, de quoi parle-t-on ?

- **La contention mécanique et physique**
  La contention d'une personne se définit comme une limitation imposée à son autonomie et à ses mouvements par un procédé mécanique ou une intervention physique. La contention ne limite pas les contacts relationnels de la personne. On considèrera comme recours à la contention toute mesure visant à restreindre l'utilisation de tout ou d'une partie du corps. (…) L'usage d'une ceinture de sécurité, de moufles, d'une barrière de lit, de certaines orthèses sont une forme de contention.
- **L'isolement**
  L'isolement représente une limitation de l'espace de vie d'une personne sans entrave à ses mouvements. Il constitue une entrave à sa liberté d'aller et de venir (…) On peut parler d'isolement uniquement si cette personne n'est pas en capacité de sortir de cette pièce.
- **La médication**
  Des médications particulières, d'urgence ou non, sont parfois prescrites dans une visée de contention, en alternative à la contention physique/mécanique ou à la mise en isolement. Ce traitement doit s'intégrer dans une réflexion globale et une approche pluridisciplinaire de la prise en charge du patient.
- **Les effets secondaires**
  La contention ou l'isolement sont mis en place pour les effets positifs qu'ils peuvent avoir sur la personne. Ils permettent de cadrer, sécuriser, apaiser et paradoxalement, comme l'ont signalé des intervenants, d'accroître l'espace de liberté de la personne concernée. (…) Des effets secondaires négatifs existent aussi, tant sur le plan physique que psychique.

Utilisation de ces balises au Centre Reine Fabiola

L'utilisation de la force physique ne se justifie qu'en cas de situation de danger pour le client ou pour autrui. Dès le danger écarté, elle fait progressivement place à l'écoute et la discussion afin de pouvoir amorcer une « désescalade » de la situation.

C'est le cas pour la « **maîtrise** », au sens d'une contrainte physique immobilisant une personne en crise. Toute intervention de ce type se fait avec, en priorité, le souci de la protection de la personne en crise, en évitant tout risque de blessure et de douleur. Le ou les professionnels ont à faire le maximum pour revenir à un état de tension minimal.

L'utilisation de la force physique n'a donc pas de sens, ni en termes de sanction, ni pour une intervention différée dans le temps, face à quelqu'un qui ne se montre plus dangereux. Un événement ayant nécessité le recours à la force fait l'objet d'une observation ou d'un rapport d'incident à la hiérarchie et doit également faire l'objet d'une réflexion-évaluation.

Le recours à une contention « médicale » (par exemple, liens de contention attachant une personne à son lit ou à son fauteuil) ne peut se faire sur base d'une initiative personnelle et exige une **prescription médicale**. Le médecin précisera à quelles conditions et pour quelle durée, et imposera à l'équipe de notifier, sur un document adapté, chaque recours à la contention médicale.

« L'injonction médicale ne peut se discuter ni se modifier. Il va de soi que ce type de contention n'a de sens que pour protéger une personne de dangers tels que chutes incessantes. Elle n'est donc jamais utilisée pour des situations de crises comportementales ». (Docteur Brenard – médication de soutien volontaire et imposée)

La médication « de crise » ou traitement d'appoint (principalement sous forme de calmants)

Un traitement d'appoint ne peut être donné à l'initiative de l'éducateur mais exige une prescription médicale et un accord du Service médical, qui est donc à contacter selon la procédure (sauf si c'est prévu via la fiche de traitement). Le traitement d'appoint est proposé au bénéficiaire en crise, sous forme de comprimés ou de gouttes. Il ne s'agit pas d'injections ni de traitements administrés de force.

L'isolement ou la mise à l'écart peut constituer une alternative pour éviter les effets négatifs d'une situation de crise sur un groupe. La mise à l'écart peut être symbolique, par exemple, proposer à quelqu'un d'aller s'asseoir ou se calmer à l'écart du groupe mais dans la même pièce, ou à l'extérieur mais dans un cadre défini permettant au bénéficiaire de ne pas se sentir exclu, ni stigmatisé.

Ces mises à l'écart doivent néanmoins respecter quelques conditions évidentes :

- Maintenir le lien avec le bénéficiaire ;
- Garantir une surveillance suffisante sachant qu'il est en situation de crise;
- S'assurer que la mise à l'écart soit la plus brève possible ;
- Soutenir le bénéficiaire en vue de sa réintégration dans le groupe.
- Un isolement en chambre fermée à clé est interdit.

L'organisation doit, dans toute situation, pouvoir démontrer au client sa capacité de l'accompagner dans les moments compliqués en vue de susciter la permanence du lien.

Force physique, contrainte, isolement et contentions

- Les valeurs du Centre Reine Fabiola ne promeuvent pas l'usage de la force physique ni de la contrainte.
- Avant l'utilisation d'un rapport de forces, les conflits se gèrent par l'écoute, l'échange.
- Dans des situations plus difficiles, des balises et un cadre sont proposés pour :
  - L'utilisation de la force physique
  - L'utilisation d'une contention « médicale »
  - La médication « de crise »
  - L'isolement ou la mise à l'écart

LA CONTENTION, ce n'est pas :

- Une mesure disciplinaire ou punitive à l'encontre d'un client
- Une limitation pour le confort ou la facilité des professionnels
- Une solution pour pallier un manque de personnel
- Un rapport de force entre soignant et soigné, aidant et aidé

RÉFÉRENTIEL
ANDRAGOGIQUE
ET OU PÉDAGOGIQUE
Du Centre Reine Fabiola

CHAPITRE 9

SUIVI DES DEMANDES DES CLIENTS

9 – Suivi des demandes des clients

Suivi des couples au quotidien

- Demande de **fiançailles** : le couple, avec l'aide de son conseiller de couple, écrit une lettre de demande de fiançailles à la Direction andragogique et/ou pédagogique, qui programme une réunion psychopédagogique pour consulter les équipes proches des demandeurs.
- Demande de **conseiller de couple** : la demande est à adresser à l'Adjoint de Direction andragogique et/ou pédagogique. Ce dernier interpelle le groupe des conseillers.
- Demande de **cohabitation** : la demande est évaluée par l'équipe andragogique et/ou pédagogique.
- Demande de **séjour de vacances en commun** : la demande est évaluée par l'équipe andragogique et/ou pédagogique.
- **Violence** dans le couple : gérer le problème de comportement comme tout problème de comportement selon le niveau de gravité. Contacter obligatoirement le conseiller de couple s'il y en a un, ou l'Adjoint de direction de référence, pour lui transmettre les informations et remplir la fiche de signalement incidents faits importants - niveau 2 ***(Fiche 4)***.
- Demande de **séparation** d'un couple fiancé : le conseiller de couple informe l'Adjoint de direction de référence. Ce dernier rencontre le couple en présence du conseiller et détermine le nombre et la fréquence des rencontres à prévoir, au cas par cas. Un cheminement accompagné est proposé au couple, le cas échéant, jusqu'à la séparation. Les partenaires ont ensuite toujours la possibilité de garder un contact individuel avec leur ex conseiller de couple, s'ils le désirent, de manière à ne pas couper le lien trop rapidement.

Assistance sexuelle

Demande transmise à la Direction andragogique et/ou pédagogique, soit par le client lui-même soit par un mandataire lorsqu'il s'agit de répondre à un besoin d'une personne ne sachant pas formuler cette requête.

Demandes d'achats (Fiches 9 à 15)

Pour les dépenses de plus de 125 €, un formulaire est à compléter. Il est signé par le chef de groupe et/ou le mandataire, et l'Adjoint de Direction concerné. Une exception : pour ATINORD, ce document ne doit pas être signé par l'Adjoint de direction.

Ce formulaire est à remettre au service social qui le transmet à la famille ou à la tutelle. Il y a 7 modèles différents de fiches à compléter en fonction de la nationalité et du statut du client.

Charte d'utilisation d'Internet

Cette charte a pour but de définir les conditions générales d'utilisation d'Internet pour les personnes en situation de handicap au sein du Centre Reine Fabiola, dans un contexte d'accompagnement éducatif, de sensibilisation et de responsabilisation.

Cette charte formalise les relations entre la Direction et les utilisateurs en précisant les droits et les devoirs de chacun. Elle complète le Règlement d'Ordre Intérieur en vigueur.

Le Centre Reine Fabiola n'est pas responsable des aspects techniques de l'utilisation d'Internet par les clients. Aucune protection informatique n'est mise en place.

Néanmoins, un contrôle pédagogique de l'utilisation par un membre de la Direction ou un membre du personnel mandaté est toujours possible. L'objectif est de contribuer le plus efficacement possible au respect de la législation mais aussi de garantir une utilisation socialement et moralement acceptable.

RÉFÉRENTIEL
ANDRAGOGIQUE
ET OU PÉDAGOGIQUE
Du Centre Reine Fabiola

CHAPITRE 10

RÉFÉRENT QUALITÉ

10 – Référent Qualité

Le Référent Qualité contribue à l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des bénéficiaires et de l'efficacité de l'organisation.

Il est chargé d'effectuer une analyse et un diagnostic du fonctionnement de l'organisation par rapport à l'ensemble des parties prenantes : estimation du niveau de qualité de l'établissement à un moment donné en vue de répondre à son objet social et de mettre en place des outils et des dispositifs permettant une meilleure prise en compte du client, de ses besoins et attentes. Il est le garant de l'élaboration de plans d'actions, en accompagnant l'ensemble des acteurs de l'organisation en vue d'atteindre cet objectif d'amélioration continue. ***(Annexe 10)***

RÉFÉRENTIEL
ANDRAGOGIQUE
ET OU PÉDAGOGIQUE
Du Centre Reine Fabiola

CHAPITRE 11

RÉFÉRENT RÉCLAMATIONS

11 – Référent Réclamations

Suite au Contrat d'Objectifs établi à la demande de l'AViQ, une procédure interne de traitement des réclamations a été mise en place. Un poste de Référent Réclamations a été créé et est effectif depuis le 1er janvier 2020.

Les missions de ce nouveau service :

- Promouvoir, dans chacun des services du Centre Reine Fabiola, la meilleure qualité possible de chaque prestation vis- à-vis des clients.
- Détecter et recueillir dans les meilleurs délais les insatisfactions ou suggestions formulées par un client, sa famille ou son mandataire judiciaire, en vue d'une meilleure qualité du service.
- Définir et garantir un processus de gestion des réclamations en lien direct avec la satisfaction du bénéficiaire. Définir pour ce faire les actions à mettre en œuvre.
- Mettre en œuvre une écoute active à l'égard des personnes accueillies et leur famille.

Qui peut s'adresser au Référent Réclamations ?

Tous les intervenants extérieurs, familles et autres ainsi que les clients eux-mêmes. Les membres du personnel ne sont pas concernés par cette nouvelle fonction.

Le Référent Réclamations est disponible pour les bénéficiaires le lundi et le jeudi de 08h00 à 09h30, le mardi de 12h00 à 13h30 et de 15h00 à 16h00.
Il peut également être appelé au +32 490 49 45 46 ou via courriel à referent.reclamation@centrereinefabiola.be pour une prise de contact ou d'un rendez-vous.

Son bureau est situé dans le sas d'entrée de la salle récréative. Un rendez-vous sur site peut être organisé si cela s'avérait nécessaire.

Une formation « Sensibilisation à la bientraitance » et un syllabus, à destination des équipes éducatives, ont été conçus par le Référent Réclamations.

Cette sensibilisation devrait permettre de faire évoluer la pratique bientraitante des professionnels auprès des personnes en situation de handicap mental.

La bientraitance est l'une des 9 thématiques du référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS (Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux). Elle s'inscrit par ailleurs dans le projet andragogique et/ou pédagogique du Centre Reine Fabiola qui s'articule pour rappel autour de trois finalités majeures.

- Offrir aux clients une qualité de vie optimale dans leur milieu de vie, et en ce compris les domaines des soins, de la formation et de l'éducation.
- Lutter contre tout forme de discrimination ou tout autre forme arbitraire pouvant porter préjudice à la personne en situation de handicap mental.
- Transmettre aux personnes accueillies dans l'organisation des valeurs et principes qui permettent à chacun de s'épanouir en individu responsable, libre et respectueux de la liberté de l'autre.

RÉFÉRENTIEL
ANDRAGOGIQUE
ET OU PÉDAGOGIQUE
Du Centre Reine Fabiola

CHAPITRE 12

PROCÉDURE EN CAS DE DÉCÈS

12- Procédure en cas de décès (Annexe 9)

A faire en urgence

- Prendre les mesures d'urgence qui s'imposent (appeler le 112, un médecin…). Médecin de garde : 065/31.20.00
- Sécuriser les autres personnes qui se trouvent sur place

Qui informer rapidement ?

- **Le chef de groupe, l'Adjoint de direction et la Direction Pédagogique. L'Adjoint de direction prévient aussi les autres chefs de groupe de l'organisation.**
- **Le docteur référent** de la personne (mise en relation éventuelle avec le confrère)
  - Dr Philippe BONJEAN : 0476/30.49.61
    (Maladrée, Mouligneau, Godimont, Gradine, Villa, Logis)
  - Dr Guy DRUART : 067/33.09.90 ou 0475/38.09.31
    (Reverdie, Hameau, Garnisteau)
  - Dr Delphine RENAUX : 0483/61.84.30
    (Tourelles, Résidences, Appartements Supervisés, Masy, Motte)

Quelles informations donner ?

- Sources (d'où et de qui l'information vient-elle ?)
- Heure du décès
- Lieu exact (adresse)
- Téléphone de contact
- Circonstances
- Personnes présentes
- Nom et coordonnées du médecin qui a effectué le constat et rédigé le certificat de décès
- Eventuellement : préciser si un service d'urgence est intervenu et donner ses coordonnées
  - 112 ?
  - Police de ?
  - Service incendie de ?
  - Hôpital de ?

- **Contacter les Pompes funèbres qui sont disponibles 24h/24.**
  Funérailles de la Haute Senne : 067/33.27.47. Ils viennent chercher le corps et le transfèrent au funérarium de Soignies
  Contacts **:**
  0479/81.32.95 (Mme Siraux)
  0485/62.72.24 (Mr Michot).
- Prévenir le **Service de soutien social et administratif aux personnes accueillies** et cela dès que possible ou le lendemain matin si le décès est survenu la nuit.
- Prévenir **la famille** : cette démarche se fait soit par un membre du personnel du foyer d'hébergement soit par un membre du Service de soutien social et administratif aux personnes accueillies, de commun accord.

Premières démarches au sein du foyer d'hébergement

- La toilette mortuaire est réalisée par les Pompes funèbres ou l'équipe soignante
- L'équipe éducative prépare la tenue mortuaire et aménage la chambre : allumer une bougie, éliminer les objets médicaux, couper le chauffage, aérer la pièce…

Qui informer ensuite ?

Un membre de l''équipe ou le chef de groupe prévient les autres équipes :

- Les ateliers occupationnels, sans oublier les personnes accueillies en SAJA qui ne sont présentes qu'en journée
- Les foyers d'hébergement
- Le Service Communication (qui rassemblera les photos du défunt et réalisera le faire-part et, le cas échéant, le livret pour la cérémonie)
- Le Service médical
- Le Secrétariat de l'équipe andragogique et/ou pédagogique
- Le Service de Psychologie & Canopée, Sefope (Service de Formation Permanente) & Agora
- Les responsables des services administratifs et techniques
- Le responsable du Clean Service pour qu'il informe son équipe associée à l'hébergement.

Informer les personnes accueillies au Centre Reine Fabiola

- Au sein du foyer d'hébergement concerné.
- Via les chefs d'équipe dans les autres foyers d'hébergement.
- Accorder une attention particulière aux membres du personnel ou aux personnes qui ont bien connu le défunt.
- Au sein de l'atelier de jour concerné. Si la personne a quitté son lieu de travail, même depuis longtemps (pension, maladie), il est important de donner l'information à son ancien atelier et aux anciens ateliers concernés.

Le foyer d'hébergement, en collaboration, avec le Service de soutien social et administratif aux personnes accueillies et l'Assistante de la Direction générale, établit une liste des autres personnes à prévenir. Ensemble, ils déterminent qui appelle qui. Se poser la question de qui a été une référence pour le défunt : anciens membres du personnel, autres familles…

Soutien de l'équipe concernée

Il peut être proposé par :

- La Direction, l'équipe andragogique et/ou pédagogique, le Service de psychologie & Canopée, le Service médical
- Sefope (Service de Formation Permanente) & Agora
- Proposer éventuellement une aide éducative supplémentaire

Suite de la procédure (annexe 9)

RÉFÉRENTIEL
ANDRAGOGIQUE
ET OU PÉDAGOGIQUE
Du Centre Reine Fabiola

CHAPITRE 13

GESTION DE PROJET
DE L'IDÉE AU PROJET

13- Gestion de projet : de l'idée au projet

De nombreuses idées germent au sein des équipes, mais les convertir en projets demande une méthode précise. Car il est important de respecter toutes les étapes et d'être cohérent tout au long de l'implémentation concrète du projet.

Méthodologie de gestion de projet ***(fiche 18)***

RÉFÉRENTIEL
ANDRAGOGIQUE
ET OU PÉDAGOGIQUE
Du Centre Reine Fabiola

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

Willaye, Éric, et al. ***Évaluation et intervention auprès des comportements-défis déficience intellectuelle et/ou autisme***. De Boeck, 2013.

Oury, Jean. ***Le Collectif : le séminaire de Sainte-Anne***. Champ social, 2005.

Gomez, Jean-François. ***Handicap, éthique et institution***. Dunod, 2005.

Giami, Alain, et **Py**, Bruno, **et Toniolo** , Anne-Marie. ***Des sexualités et des handicaps questions d'intimités***. Presses universitaires de Nancy : Ed. Universitaires de Lorraine, 2013.

Postic, Marcel. ***La relation éducative***. Presses universitaires de France, 2001.

Autissier, David, et al. ***Conduite du changement : concepts clés : 60 ans de pratiques héritées des auteurs fondateurs.*** Dunod, 2018.

Rosenberg, Marshall B. ***Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs) initiation à la communication non-violente (3e ed.)***. La découverte, 2016.

Danancier, Jacques. ***Mener l'évaluation interne sans les établissements et services sociaux et médico-sociaux***. Dunod, 2004.

Cailliez, Jean-Charles. ***La classe renversée : l'innovation pédagogique par le changement de posture***. Ellipses, 2017.

Deneault, Alain. ***La médiocratie***. Lux Éditeur, 2015.

Agthe Diserens, Catherine, et **Vatré** Françoise. ***Accompagnement érotique et handicaps, au désir des corps, réponses sensuelles et sexuelles avec cœur.*** Chronique Sociale, 2006.

Van Laethem, Nathalie. ***La méga boîte à outils de l'agilité***. Dunod, 2019.

Arnaud, Béatrice, et **Ejeil**, Corinne. ***Le guide de l'organisation apprenante : plus de 100 outils et pratiques pour développer l'intelligence collective***. Eyrolles, 2019.

Goos, Isabelle. ***« Oser » la stratégie du succès pour votre association : manuel à l'usage des petites et moyennes associations***. Edipro, 2016.

Lopez, Sacha, et al. ***Guide de survie aux réunions : 40 techniques pour transformer vos réunions en moments fun et productifs***. Pearson, 2016.

Willaye, Eric, et **Delmotte**, Joséphine, et **Descamps**, Magali. ***Vers un style de vie valorisé : manuel d'utilisation programme OPTION***. De Boeck, 2012.

De Bono, Edward. ***Les six chapeaux de la réflexion : la méthode de référence mondiale***. Eyrolles, 2005.

Dorme, Christine. ***Question de distance dans la relation éducative***. Harmattan, 2005.

Peroz, Christian. ***La démarche qualité, vecteur de la bientraitance dans le secteur social et médico-social promouvoir le bien-être des usagers et des professionnels par une bonne gouvernance***. Seli Arslan, 2011.

Linhart, Danièle. ***La comédie humaine du travail : de la déshumanisation taylorienne à la sur-humanisation managériale***. Érès, 2015.

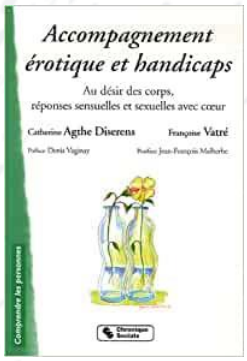
Colombat, Philippe. ***Qualité de vie au travail et management participatif***. Éd. Lamarre, 2012.

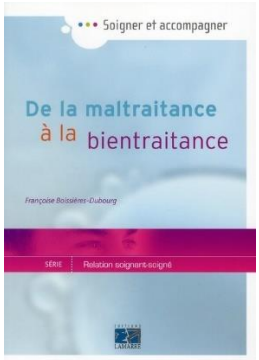
Emerson, Eric, et al. ***Les comportements-défis : analyser, comprendre et traiter***. De Boeck Supérieur, 2016.

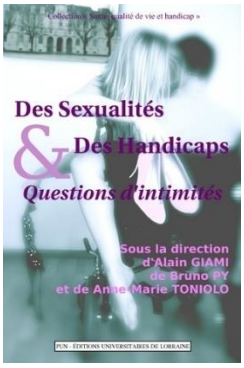
Boissières-Dubourg, Françoise. ***De la maltraitance à la bientraitance***. Éd. Lamarre, 2011.

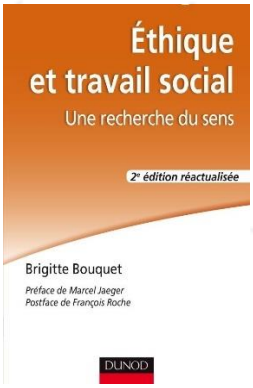
Bouquet, Brigitte, et al. ***Éthique et travail social une recherche du sens***. Dunod, 2011.

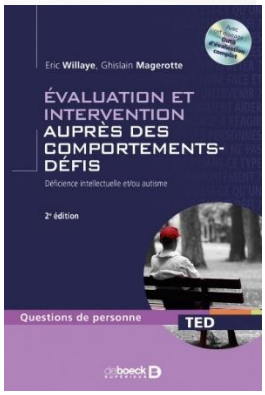
Drecq, Vincent. ***Pratiques de Management de Projet : 40 Outils et Techniques Pour Prendre La Bonne Décision***. Dunod, 2014.

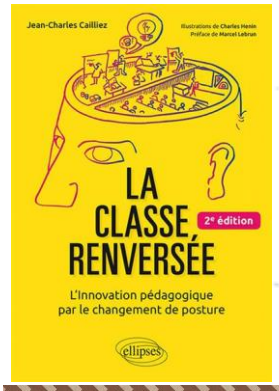


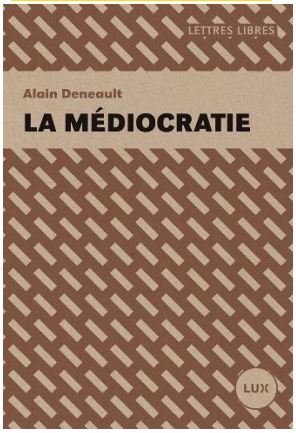


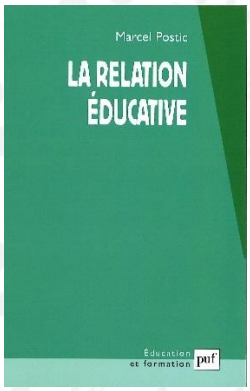


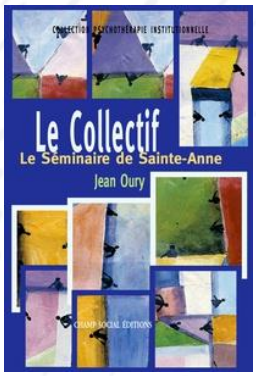


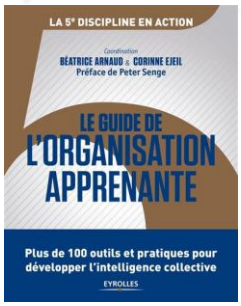


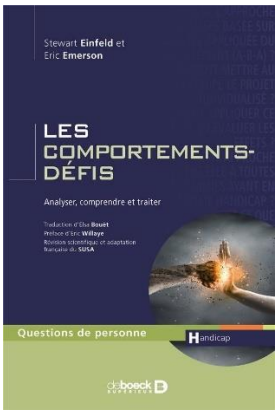


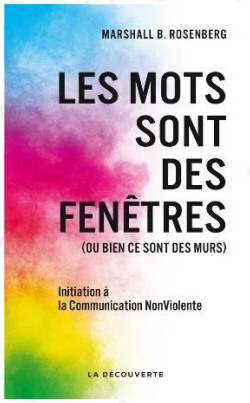


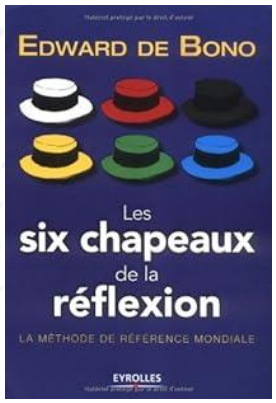

Marcel Postic
LA RELATION ÉDUCATIVE
Éducation et formation
puf

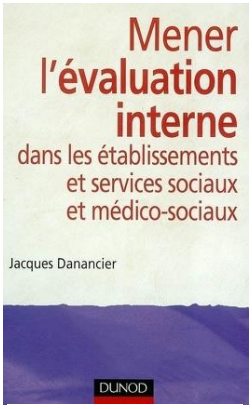

Le Collectif
Le Séminaire de Sainte-Anne
Jean Oury
CHAMP SOCIAL ÉDITIONS

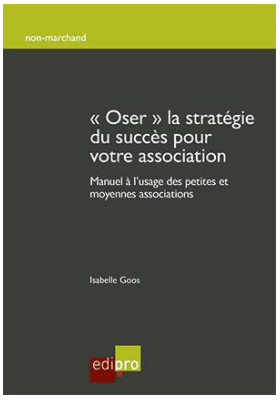

LA 5e DISCIPLINE EN ACTION
BÉATRICE ARNAUD & CORINNE EJEIL
Préface de Peter Senge
LE GUIDE DE L'ORGANISATION APPRENANTE
Plus de 100 outils et pratiques pour développer l'intelligence collective
EYROLLES


Stewart Einfeld et Eric Emerson
LES COMPORTEMENTS-DÉFIS
Analyser, comprendre et traiter
Questions de personne
Handicap
de boeck


MARSHALL B. ROSENBERG
LES MOTS SONT DES FENÊTRES
(OU BIEN CE SONT DES MURS)
Initiation à la Communication NonViolente
LA DÉCOUVERTE

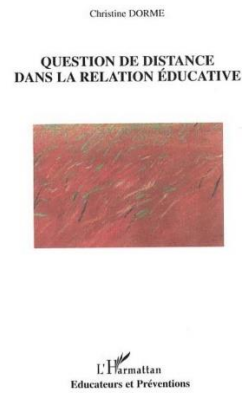

EDWARD DE BONO
Les six chapeaux de la réflexion
LA MÉTHODE DE RÉFÉRENCE MONDIALE
EYROLLES

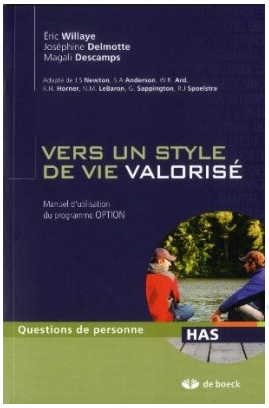

Mener l'évaluation interne
dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux
Jacques Danancier
DUNOD

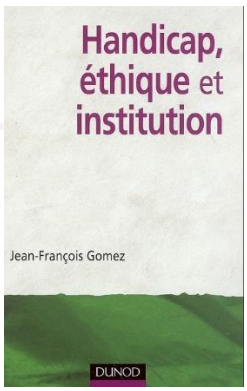

non-marchand
« Oser » la stratégie du succès pour votre association
Manuel à l'usage des petites et moyennes associations
Isabelle Goos
edipro

Vincent DRECQ
Pratiques de management de projet
40 outils et techniques pour prendre la bonne décision
DUNOD

Qualité de vie au travail et management participatif
sous la direction de Philippe Colombat
LAMARRE


Christine DORME
QUESTION DE DISTANCE DANS LA RELATION ÉDUCATIVE
L'Harmattan
Éducateurs et Préventions


Éric Willaye
Joséphine Delmotte
Magali Descamps
VERS UN STYLE DE VIE VALORISÉ
Manuel d'utilisation du programme OPTION
Questions de personne
HAS
de boeck


Handicap, éthique et institution
Jean-François Gomez
DUNOD

Centre Reine Fabiola

455, Rue de Neufvilles
B-7063 Neufvilles
+32 (0)67 33 02 25

www.centrereinefabiola.be

RÉFÉRENTIEL
ANDRAGOGIQUE
ET OU PÉDAGOGIQUE
Du Centre Reine Fabiola

ANNEXES

Table des matières

Annexe 1 – Charte des Droits et Libertés 4

Annexe 2 – Principe andragogique et/ou pédagogique fondateur : La reconnaissance de la personne accompagnée comme sujet de relation ouvert à l'amour et à la tendresse 5

Annexe 3 – Recommandation de bonnes pratiques professionnelles éditées par la Haute Autorité de Santé en France 7

Annexe 4 – Le Secret professionnel et le secret partagé 9

Annexe 5 – Code de déontologie de l'éducation spécialisée (Association des Educatrices et Educateurs Spécialisés du Québec) 14

Annexe 6 – Guide Projet de Vie 30

Annexe 7 – Suspicion d'abus sexuels 40

Annexe 8 – Charte d'utilisation d'Internet 49

Annexe 9 – Procédure en cas de décès 51

Annexe 10 – Le Référent Qualité au sein du Centre Reine Fabiola 56

Annexe 1 – Charte des Droits et Libertés

En cours de réécriture

Annexe 2 – Principe andragogique et/ou pédagogique fondateur : la reconnaissance de la personne accompagnée comme sujet de relation ouvert à l'amour et à la tendresse

La vie affective, relationnelle et sexuelle est un facteur indispensable d'épanouissement et d'équilibre tant individuel que social. Elle constitue une dimension essentielle de la qualité de vie et est en interdépendance avec l'inclusion sociale : celle-ci favorise la vie affective, relationnelle et sexuelle et, inversement, cette dernière facilite l'inclusion sociale. Le phénomène relève à la fois de l'intimité et du contexte social qui la détermine.

En tant que citoyen, la personne en situation de handicap a les mêmes droits que toute autre personne dans sa vie affective, relationnelle et sexuelle. Bien qu'universels, ces droits sont réaffirmés dans la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées

Quant aux droits à la sexualité, il faut souligner, même si cela peut paraitre une évidence, qu'il ne s'agit pas d'un droit accessoire. La sexualité est intimement liée à la vie de chaque être humain. Or, même si les mentalités évoluent, la sexualité reste encore et toujours, si pas un sujet tabou, à tout le moins un sujet très sensible lorsqu'il s'agit de le conjuguer avec le handicap.

L'affirmation de ces droits fait écho aux attentes et demandes des personnes en situation de handicap. En effet beaucoup aspirent à construire des relations amoureuses, être en couple, avoir des relations sexuelles…

Le respect de l'intimité de l'autre est un aspect essentiel de la dignité de la personne et de la vie en société. Or, pour la personne en situation de handicap, ce droit à l'intimité n'est pas toujours respecté. C'est notamment le cas pour les personnes très dépendantes qui ont besoin d'une tierce personne pour la réalisation de certains actes de la vie quotidienne.

Mais l'intimité est aussi un concept qui évolue avec le temps : signifiant d'abord ce qui est « le plus en dedans, le plus personnel », il évolua ensuite vers l'idée de « vie intérieure, généralement secrète, d'une personne ». Si le partage d'une intimité n'est pas spécifique aux personnes en situation de handicap, en revanche, l'expérience du handicap peut en modifier les contours. Ce partage n'est pas sans incidence pour la (re)construction de soi, mais influe aussi sur les rapports entretenus avec autrui.

En effet, l'entrée dans l'intimité d'autrui par nécessité convoque des situations d'interaction atypiques, extraordinaires. Si elle est utile et nécessaire, elle n'est pas plus évidente que naturelle ou normale. L'intimité ne se situe pas seulement dans le corps biologique, elle peut aussi être appréhendée et modifiée à travers les objets constitutifs du quotidien, par exemple les aides techniques.

L'atteinte à l'intimité pourra procéder d'un déni d'intériorité ou d'une non-reconnaissance de la personne.

C'est pourquoi le Centre Reine Fabiola s'attache à développer une politique qui vise à permettre l'accès à l'intimité et par essence à la vie affective et sexuelle. Ce droit est d'ailleurs repris dans le Règlement d'Ordre Intérieur et le Projet pédagogique. Chaque habitant étant considéré comme un sujet, acteur de sa vie relationnelle, affective et sexuelle.

A ce jour et afin de répondre adéquatement à ce besoin, le Centre Reine Fabiola a mis en place différents axes d'accompagnement autour de cette thématique avec comme objectif principal la reconnaissance de chaque habitant comme un être désirant qu'il convient d'accompagner à sa demande pour susciter un épanouissement optimal dans sa qualité d'être humain :

Dans le Référentiel andragogique et/ou pédagogique :

- La formation « éveil à la citoyenneté »
- La formation à la vie affective et sexuelle
- Les conseillers de couple
- Les réunions psychopédagogiques (RPP)
- Mandat du service de psychologie et du service de soutien social et administratif aux bénéficiaires
- Procédure suspicion d'abus
- Procédure pour l'accompagnement - recours à l'assistance sexuelle
- Travail interdisciplinaire

Annexe 3 – Recommandation de bonnes pratiques professionnelles éditées par la Haute Autorité de Santé en France

Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques
www.has-sante.fr/jcms/c_2835191

L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes
www.has-sante.fr/jcms/c_2835720

Qualité de vie en MAS-FAM (volet 3) : "Le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement"
www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-qualite_de_vie_en_mas-fam_volet_3_-pdf-interacti.pdf

Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) : "Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs"
www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-synthese-qualite_de_vie_en_mas-fam_volet_2_.pdf

Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) : "Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté"
www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/ane-handicapes-qualite_de_vie_en_mas-fam_volet_1_-juillet_2013.pdf

L'accompagnement à la santé de la personne handicapée
www.has-sante.fr/jcms/c_2836291

Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement
www.has-sante.fr/jcms/c_2835258

Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique
www.has-sante.fr/jcms/c_2836363

Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux
www.has-sante.fr/jcms/c_2835426

Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service
www.has-sante.fr/jcms/c_2835410

Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement
www.has-sante.fr/jcms/c_2835356

La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles
www.has-sante.fr/jcms/c_2835294

Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance
www.has-sante.fr/jcms/c_2835208

Ouverture de l'établissement à et sur son environnement
www.has-sante.fr/jcms/c_2835189

Les attentes de la personne et le projet personnalisé
www.has-sante.fr/jcms/c_2835163

La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre
www.has-sante.fr/jcms/c_2835126

Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées
www.has-sante.fr/jcms/c_2835081

Les espaces de calme-retrait et d'apaisement
www.has-sante.fr/jcms/c_2833763

Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés : Prévention et Réponses
www.has-sante.fr/jcms/c_2834964

Annexe 4 – Le secret professionnel et le secret partagé

LE SECRET PROFESSIONNEL

A. Textes de base

- L'article 458 du Code pénal :

« Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sage-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice (ou devant une commission d'enquête parlementaire) et celui où la loi, le décret ou l'ordonnance les oblige ou les autorise à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement d'un an à trois ans et d'une amende de cent euros à mille euros ou d'une de ces peines seulement. »

- La Loi relative aux contrats de travail en son article 17 :

« Le travailleur a l'obligation :

1° D'exécuter son travail avec soin, probité et conscience, au temps, au lieu et dans les conditions convenues ;

2° D'agir conformément aux ordres et aux instructions qui lui sont données par l'employeur, ses mandataires ou ses préposés, en vue de l'exécution du contrat ;

3° De s'abstenir, tant au cours du contrat qu'après la cessation de celui-ci :

a) De divulguer les secrets de fabrication ou d'affaires, ainsi que le secret de toute affaire à caractère personnel ou confidentiel dont il aurait eu connaissance dans l'exercice de son activité professionnelle ;

b) De se livrer ou de coopérer à tout acte de concurrence déloyale ;

4° De s'abstenir de tout ce qui pourrait nuire, soit à sa propre sécurité, soit à celle de ses compagnons, de l'employeur ou de tiers ;

5° De restituer en bon état à l'employeur les instruments de travail et les matières premières restées sans emploi qui lui ont été confiés. »

- Le Règlement de Travail du Centre Reine Fabiola en son article 8 :

« Le travailleur a l'obligation de s'abstenir, tant au cours du contrat qu'après la cessation de celui-ci, de divulguer à qui que ce soit ou d'utiliser à son profit personnel, directement ou indirectement, les inventions, méthodes, listes de clients, particularités, secrets de fabrication ou d'affaires de l'entreprise.

Tant au cours du contrat qu'après la cessation des relations de travail, le travailleur s'abstiendra de se livrer à des actes de concurrence déloyale.

Le travailleur a également un devoir de discrétion. De manière générale, le travailleur s'abstiendra de révéler de quelque manière que ce soit la teneur d'information d'ordre privé ou confidentiel dont il aurait eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions. »

- Le contrat de travail au Centre Reine Fabiola :

« L'employé s'engage plus particulièrement :

- *à n'utiliser en aucune manière les documents, les fichiers informatiques mis à sa disposition à des fins privées ou autres que celles prévues par les nécessités de la fonction exercée,*
- *à faire preuve d'une discrétion absolue, à respecter le devoir de réserve et le secret professionnel en toutes ses activités, vis-à-vis de toute personne quelle qu'elle soit (bénéficiaire, membre du personnel, extérieur…),*
- *à restituer tout document en sa possession en cas de rupture du présent contrat.*

Seront considérés comme faute grave justifiant la rupture immédiate du contrat de travail sans préavis ni indemnité et sans que cette énumération soit limitative : le vol, la violation du secret professionnel ou du devoir de réserve, les absences injustifiées et les abandons de poste, la violation grave des obligations inscrites à l'article 8 du présent contrat. »

B. Personnes tenues au secret professionnel

- Les professions textuellement visées par l'article 458 du Code pénal.
- Les professions visées par des dispositions particulières (les réviseurs d'entreprises, les membres des C.P.A.S., les membres des services de protection de la jeunesse…).
- Les personnes qui peuvent être qualifiées de « confident nécessaire ».

La notion de « confident nécessaire » n'a pas de définition légale. Il est possible de l'apprécier en tenant compte de deux éléments :

- Une intervention qualifiée de nécessaire,
- Une intervention dans le cadre de l'exercice d'une profession ou d'un mandat ou par état

C. Contenu du secret professionnel

Le principe est que **tout ce qui est appris dans le cadre du travail** tombe sous le coup du secret professionnel.
Bien que l'article 458 du Code pénal ne vise explicitement que les secrets qu'on leur confie, il est admis que l'obligation de secret s'étend aux faits constatés ou même surpris chez le bénéficiaire, quoiqu'ils n'aient pas fait l'objet d'une confidence[1].
En clair, le secret professionnel équivaut à une obligation, un devoir général de silence.

D. Durée du secret professionnel

Le secret professionnel perdure TOUTE la vie du professionnel.
En conséquence, il est maintenu au-delà de l'exercice de sa fonction par le dépositaire et au-delà du décès de la personne qui a confié le secret.

E. Exceptions

- Le témoignage en justice ou devant une commission d'enquête (art. 458 du Code pénal)
- Les cas où la loi ou une disposition équivalente ordonne ou permet la levée du secret professionnel. Dans ce dernier cas, il s'agit d'un droit de révéler et non d'une obligation.
  Exemple : article 458 bis du Code pénal :

  « Toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une infraction prévue aux articles 371/1 à 377, 377quater, 379, 380, 383bis, §§ 1er et 2, 392 à 394, 396 à 405ter, 409, 423, 425, 426 et 433quinquies, qui a été commise sur un mineur ou sur une personne qui est vulnérable en raison de son âge, d'un état de grossesse, de la violence entre partenaires, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale peut, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis, en informer le Procureur du Roi, soit lorsqu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale du mineur ou de la personne vulnérable visée, et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité, soit lorsqu'il y a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables visées soient victimes des infractions prévues aux articles précités et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité. »

[1] NOUWYNCK, Lucien, *La position des différents intervenants psycho-médicosociaux face au secret professionnel dans le travail avec les justiciables*, texte mis à jour en janvier 2012.

- L'état de nécessité : cette notion est définie comme une cause de justification (soit un élément de nature à justifier le non-respect du secret professionnel pour autant que *plusieurs conditions soient réunies, à savoir que :*
  - *la valeur du bien sacrifié doit être inférieure ou à tout le moins équivalente à celle du bien que l'on prétend sauvegarder ;*
  - *le droit ou l'intérêt à sauvegarder soit en péril imminent et grave ;*
  - *il soit impossible d'éviter le mal autrement que par l'infraction et que l'agent n'ait pas volontairement créé par son fait le péril dont il se prévaut.* [2]

  « L'état de nécessité renvoie à un conflit de valeurs : respecter la loi, la relation de confiance, donc se taire, ou la transgresser pour sauvegarder un intérêt plus impérieux.
  Le recours à l'état de nécessité, qui justifierait la levée du secret professionnel, répond à 4 conditions : le danger que l'on s'apprête à éviter doit être grave et réel (permettre de protéger une valeur supérieure à celle protégée par le secret : principe de proportionnalité), il s'apprécie toujours par rapport au futur (un fait grave passé ne représente plus un danger permettant la levée du secret, c'est ce qui distingue l'état de nécessité de la dénonciation), il s'apprécie au cas par cas (pas de « liste » de faits ou de situations a priori, il s'agit toujours d'une évaluation contextualisée et circonstanciée), et toutes les autres manières de protéger la victime doivent avoir été envisagées (« dernier recours », principe de subsidiarité).[3] *»*

- L'accord de la personne concernée par le secret

F. Sanctions

- Les sanctions pénales : article 458 du Code pénal : « *Seront punis d'un emprisonnement d'un an à trois ans et d'une amende de cent euros à mille euros ou d'une de ces peines seulement. »*

- Les sanctions civiles : condamnation à payer des dommages et intérêts à la personne qui a encouru un dommage des suites de la rupture du secret professionnel.

- Les sanctions disciplinaires : sanctions inscrites dans le règlement de travail :
  - Rappel à l'ordre verbal ou écrit
  - Avertissement

Ou le licenciement, à apprécier par l'employeur en fonction des circonstances de fait.

[2] *Cass., 24.01.2007, juridat numéro justel F-200700124-5*

[3] C BOSQUET, 'le secret professionnel' comité de vigilance en travail social,

LE SECRET PROFESSIONNEL PARTAGE

A. Définition

Le secret professionnel partagé peut être défini comme un partage d'informations nécessaires ou utiles couvertes par le secret professionnel à d'autres praticiens eux-mêmes tenus par l'obligation de secret et ce, moyennant le respect et l'accord de la personne concernée.

B. Normes

Contrairement au secret professionnel au sens strict, le secret professionnel partagé ne fait l'objet d'aucune réglementation spécifique.
Il n'existe pas de texte juridique établissant le secret professionnel partagé. Il s'agit d'une construction rendue nécessaire par le travail pluridisciplinaire.

C. Conditions

Selon Lucien NOUWYNCK[4], « *le secret partagé :*

- *n'est possible qu'entre intervenants tenus eux-mêmes au secret professionnel et dont les missions s'inscrivent dans les mêmes objectifs ;*
- *ne peuvent être partagées que les informations qu'il est nécessaire de communiquer dans le cadre du travail en équipe ou en réseau, dans l'intérêt de la personne concernée, et à l'exclusion des confidences faites spécifiquement à l'un des intervenants ;*
- *l'accord de la personne concernée est nécessaire. »*

Selon Thierry MOREAU:

> *« Le partage de faits couverts par le secret professionnel paraît (…) pouvoir être autorisé moyennant le respect des cinq conditions suivantes :*
> - *L'obligation pour le professionnel, préalablement au partage, d'aviser le patient ou le client, et, le cas échéant, ses représentants légaux, de ce qui va faire l'objet du partage, d'une part, et des personnes à qui le secret va être partagé, d'autre part.*
> - *L'accord du patient ou du client sur le partage dont il a été informé.*
> - *L'obligation pour le professionnel de ne partager le secret qu'avec des personnes tenues elles-mêmes au secret professionnel.*
> - *L'obligation pour le professionnel de ne partager les confidences qu'avec des personnes tenues à la même mission et à la même finalité d'intervention.*
> - *L'obligation pour le professionnel de limiter le partage à ce qui est strictement nécessaire pour la réalisation de la mission commune »*[5]

[4] NOUWYNCK, Lucien, *La position des différents intervenants psycho-médicosociaux face au secret professionnel dans le travail avec les justiciables*, texte mis à jour en janvier 2012

[5] *Thierry MOREAU, 'Le Code de déontologie des psychologues et le respect des dispositions légales relatives au secret professionnel'*

LES DEVOIRS DE RESERVE ET DE DISCRETION

Le devoir de discrétion peut être défini comme une obligation générale de prudence.
Tout professionnel se doit de s'abstenir de révéler inutilement ou de manière préjudiciable les informations ou faits dont il a connaissance.

Le devoir de discrétion s'impose donc aux travailleurs qui ne seraient pas soumis au secret professionnel tel qu'établi par l'article 458 du Code pénal et inclut également des faits dont la connaissance n'est pas acquise dans un cadre professionnel.

Le devoir de réserve est une obligation de ne pas faire état, durant ses prestations professionnelles, de ses opinions personnelles, qu'elles soient politiques, religieuses ou autres.

Annexe 5 – Code de déontologie de l'éducation spécialisée (Association des Educatrices et Educateurs Spécialisés du Québec)

Table des matières

p15 ***Introduction***

p16 ***Chapitre 1***
Dispositions générales

p17 ***Chapitre 2***
Devoirs et obligations envers la profession
Relation avec l'Association et les collègues
Contribution à l'avancement de la profession
Actes dérogatoires

p19 ***Chapitre 3***
Devoirs et obligations envers le public

p20 ***Chapitre 4***
Devoir et obligations envers le client
Dispositions générales
Intégrité
Disponibilité et diligence
Responsabilité
Indépendance et désintéressement
Confidentialité
Accessibilité des dossiers
Consentement

p24 ***Chapitre 5***
Comité de discipline

p25 ***Chapitre 6***
En cas de pratiques privées
Fixation et paiement des honoraires
Restrictions et obligations relatives à la publicité

p27 ***Chapitre 7***
Symbole graphique de l'Association des éducatrices et éducateurs spécialisés du Québec

p28 ***Lexique***

p29 ***Bibliographie***

INTRODUCTION

Les éducateurs et éducatrices spécialisés du Québec œuvrent dans de multiples secteurs : public, communautaire et privé et ce, depuis plus de 30 ans.

- *Ces milieux sont notamment les :*
- *Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)*
- *Centres de la petite enfance (CPE)*
- *Centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI)*
- *Centres de réadaptation en déficience physique*
- *Centres de réadaptation pour dépendances*
- *Centres de santé et de services sociaux (CSSS)*
- *Centres hospitaliers*
- *Centres jeunesse*
- *Commissions scolaires (écoles primaires, écoles secondaires, écoles spécialisées et Cégeps)*
- *Instituts universitaires en santé mentale*
- *Organismes communautaires*
- *Ressources d'hébergement intermédiaire (RI)*
- *Ressources d'intégration sociale et socioprofessionnelle*
- *Ressources de type familial (RTF)*

Le présent code de déontologie est une initiative de l'Association des éducatrices et éducateurs spécialisés du Québec (AEESQ/QASCC) (ci-après l'Association) et vise à régir la conduite professionnelle à laquelle peuvent s'attendre les personnes qui reçoivent leurs services.

Le présent code de déontologie s'adresse à tous les éducateurs et éducatrices spécialisés du Québec membres en règle de l'Association.

Dans ce document, vous retrouverez les devoirs et obligations de l'éducateur spécialisé définis comme suit : les dispositions générales, envers la profession, envers le public, envers les clients, la pratique privée ainsi qu'envers l'utilisation du symbole graphique.

N.B. L'utilisation du masculin inclut la terminologie féminine et ceci afin de faciliter la rédaction et la lecture du document

CHAPITRE 1
DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1. Dans le présent document, le terme ÉDUCATEUR / ÉDUCATRICE SPÉCIALISÉ(E) est défini comme suit par l'Association :
« Professionnel qui intervient auprès de personnes ou de groupes de personnes de tout âge connaissant ou étant susceptibles de connaître des difficultés d'adaptation variées dans le domaine de la santé mentale, des services sociaux et de l'éducation. L'éducateur spécialisé évalue et accompagne une personne ou un groupe de personnes au travers des situations de la vie quotidienne, de la relation éducative et de la relation aidante et au moyen de techniques d'observation et d'intervention. »[6]

1.2. Son rôle consiste à observer et à évaluer les besoins, les capacités, les habitudes de vie et les comportements de personnes en difficulté d'adaptation psychosociale. L'éducateur spécialisé peut aussi procéder au dépistage, à l'estimation, à la détection ainsi qu'à l'appréciation de troubles non diagnostiqués. Il doit aussi évaluer le risque suicidaire et la dangerosité que présente une personne en situation de crise. Il consigne les données au dossier et rédige les rapports d'évolution en employant la méthode désignée par son organisation.

1.3. L'éducateur spécialisé a l'obligation de déterminer un plan d'intervention pour chaque client qui lui est confié dans le cadre d'un processus d'intervention planifié.

1.4. Le terme « client » est défini de la façon suivante :
« Une personne qui utilise des services professionnels en éducation spécialisée et qui a des objectifs de développement psychosocial. »[7]

[6] Définition inspirée par les documents : Code d'éthique professionnelle, Association québécoise des éducatrices et éducateurs en santé mentale, 2005 et du Rapport des coprésidents de la Table d'analyse de la situation des techniciens œuvrant dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, février 2011
[7] Définition tirée du Code d'éthique professionnelle, ATESQ, 1992

CHAPITRE 2

DEVOIRS ET OBLIGATIONS ENVERS LA PROFESSION

RELATION AVEC L'ASSOCIATION ET LES COLLÈGUES

2.1.1. L'éducateur spécialisé soutient son Association en adhérant aux buts et objectifs de celle-ci et en respectant l'ensemble de ses devoirs et obligations.

2.1.2. L'éducateur spécialisé ne doit pas s'attribuer le mérite de travaux revenant à un collègue ou qui ont été faits en collaboration.

2.1.3. L'éducateur spécialisé consulté par un collègue fournit à ce dernier son opinion et ses recommandations dans le plus bref délai possible.

2.1.4. L'éducateur spécialisé est loyal et intègre envers ses collègues et sa profession.

2.1.5. L'éducateur spécialisé appelé à travailler avec un autre éducateur spécialisé ou avec une autre personne préserve son indépendance professionnelle. Si on lui confie une tâche contraire à sa conscience professionnelle, il s'en dispense et il en avise par écrit son supérieur immédiat.

2.1.6. L'éducateur spécialisé engagé dans une pratique professionnelle conjointement avec d'autres éducateurs spécialisés ou avec d'autres personnes voit à ce que cette pratique ne cause aucun préjudice aux clients.

2.1.7. L'éducateur spécialisé doit, dans les 10 jours à compter de celui où il en est lui-même informé, aviser le comité exécutif par écrit qu'il fait ou a fait l'objet d'une décision judiciaire ou disciplinaire en lien avec l'exercice de ses fonctions.

CONTRIBUTION À L'AVANCEMENT DE LA PROFESSION

2.2.1. L'éducateur spécialisé, dans la mesure de ses possibilités, aide au développement de sa profession par des journées d'étude et des colloques ainsi que par l'échange de connaissances et d'expériences avec ses collègues et des étudiants, ce qui inclut sans s'y limiter, la participation aux cours et aux stages de formation continue et le tutorat, pour les éducateurs spécialisés aux niveaux collégial et universitaire.

2.2.2. L'éducateur spécialisé se fait un devoir d'être membre participatif de son

Association, en connaît les statuts et règlements et en assure, en tout temps, leur application en vue de promouvoir l'avancement de la profession.

2.2.3. L'éducateur spécialisé a un souci particulier de tenir à jour ses connaissances sur les nouveaux développements dans son domaine.

ACTES DÉROGATOIRES

L'éducateur spécialisé doit s'abstenir de poser, dans l'exercice de ses fonctions, un des gestes énumérés ci-après, sans quoi il peut se rendre coupable d'un acte dérogatoire à l'honneur et à la dignité de la profession ou à la discipline des membres de l'Association.

Sont notamment dérogatoires à l'honneur et à la dignité de la profession les actes suivants :
2.3.1. Inciter quelqu'un de façon pressante et répétée à recourir à ses services professionnels;

2.3.2. Conseiller à un client de poser un acte illégal ou frauduleux ou l'encourager à agir dans ce sens ;

2.3.3. Réclamer du client une somme d'argent pour un service professionnel ou une partie d'un service professionnel dont le coût est assumé par un tiers ;

2.3.4. Abandonner volontairement sans raison suffisante un client nécessitant une surveillance et sans s'assurer d'une relève compétente dans le cas où celle-ci peut raisonnablement assurer une telle relève ;

2.3.5. Inscrire, altérer ou falsifier des données et des analyses d'observation dans le dossier du client dans le but de lui causer préjudice ;

2.3.6. Fournir un document servant à indiquer faussement que des services ont été dispensés;

2.3.7. S'approprier des stupéfiants, une préparation narcotique ou anesthésique, des fournitures ou tout autre bien appartenant à son employeur ou à un client.

2.3.8. Pendant la durée de la relation professionnelle avec une personne, abuser de cette relation pour avoir avec cette personne des relations sexuelles, poser des gestes abusifs à caractère sexuel ou tenir des propos abusifs à caractère sexuel à son égard.

2.3.9. Dénigrer un confrère, faire de fausses représentations ou intentionnellement porter une plainte non fondée contre lui.

2.3.10. Chercher, par quelque moyen que ce soit, à tromper l'Association.

CHAPITRE 3

DEVOIRS ET OBLIGATIONS ENVERS LE PUBLIC

3.1. L'éducateur spécialisé doit favoriser et appuyer toute mesure susceptible d'améliorer la qualité et la disponibilité des services professionnels dans le domaine de l'éducation spécialisée.

3.2. L'éducateur spécialisé doit favoriser les mesures d'éducation et d'information du public dans le domaine où il exerce. Sauf pour des motifs valables, il doit aussi, dans l'exercice de sa profession, poser des actes qui s'imposent pour que soit assurée cette fonction d'éducation et d'information.

3.3. L'éducateur spécialisé doit promouvoir, auprès de la société, les droits de la personne en difficulté d'adaptation et doit travailler à lui redonner sa place en tant que personne entière au sein de la société.

3.4. L'éducateur spécialisé doit se tenir au courant des nouveaux développements dans le domaine de sa profession afin de maintenir au niveau le plus élevé la qualité des services que toute personne de la société peut être en mesure de demander et recevoir.

CHAPITRE 4

DEVOIRS ET OBLIGATIONS ENVERS LE CLIENT

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

4.1.1. L'éducateur spécialisé a l'obligation professionnelle de développer des mesures alternatives aux mesures de contention et d'isolement. Ces mesures doivent être adaptées, souples et capables de répondre à différents aspects des problématiques vécues par les clients. Les mesures alternatives sont des stratégies d'intervention simples ou complexes faisant appel aux compétences et à la créativité des éducateurs spécialisés. Ces mesures visent à réduire ou à éliminer les causes des réactions et comportements de la personne qui interfèrent avec sa sécurité ou celle d'autrui et qui pourraient entraîner l'utilisation des mesures de contrôle et d'isolement. Les mesures alternatives doivent favoriser l'intégration de la personne concernée et de sa famille.

4.1.2. Dans l'exercice de sa profession, l'éducateur spécialisé doit tenir compte des limites de ses aptitudes, de ses connaissances ainsi que des moyens dont il dispose. Il ne doit pas, notamment, entreprendre des travaux pour lesquels il n'est pas suffisamment préparé sans obtenir l'assistance nécessaire.

4.1.3. L'éducateur spécialisé doit reconnaître, en tout temps, le droit du client de consulter un autre éducateur spécialisé, un membre d'une autre profession ou une autre personne compétente, s'il en exprime le désir.

4.1.4. L'éducateur spécialisé doit s'abstenir d'exercer sa profession s'il se trouve dans un état susceptible de compromettre la qualité de ses interventions.

4.1.5. L'éducateur spécialisé doit chercher à établir une relation de confiance mutuelle avec le client. Il doit respecter le client dans son individualité en tenant compte de ses valeurs et de ses convictions personnelles.

4.1.6. L'éducateur spécialisé doit accomplir l'acte professionnel à l'égard du client aux seules fins de l'aider à remédier à ses problèmes spécifiques.

4.1.7. L'éducateur spécialisé doit dénoncer toute forme de brutalité physique ou mentale, discrimination, harcèlement ou exploitation dont le client peut être victime.

4.1.8. L'éducateur spécialisé doit signaler à son supérieur immédiat de façon pertinente toute incompatibilité entre les besoins du client et les structures socio-administratives ou juridiques de son établissement qui seraient un obstacle dans la relation thérapeutique professionnel / client.

INTÉGRITÉ

4.2.1. L'éducateur spécialisé doit s'acquitter de ses obligations professionnelles avec intégrité.

4.2.2. L'éducateur spécialisé doit éviter toute fausse représentation quant à son niveau de compétence ou à l'efficacité de ses propres services et de ceux généralement assurés par les membres de sa profession.

4.2.3. L'éducateur spécialisé ne doit donner des avis à son client que s'il possède les informations professionnelles et scientifiques suffisantes.

4.2.4. L'éducateur spécialisé doit apporter un soin raisonnable aux biens confiés à sa garde par un client et il ne peut prêter ou utiliser ceux-ci pour des fins autres que celles pour lesquelles ils lui ont été confiés.

4.2.5. L'éducateur spécialisé doit poser des actes appropriés et proportionnés aux besoins du client.

4.2.6. L'éducateur spécialisé doit dispenser ses services en conformité avec les normes professionnelles, les objectifs et la philosophie de l'établissement où il œuvre.

4.2.7. L'éducateur spécialisé doit contribuer activement à l'élaboration, à la mise en exécution et à l'amélioration des services dispensés aux clients en utilisant les mécanismes de participation prévus

tant dans les politiques internes de l'établissement où il œuvre que dans les lois fédérales et provinciales existantes.

4.2.8. L'éducateur spécialisé doit intervenir en respectant la Charte des droits et libertés de la personne.

4.2.9. L'éducateur spécialisé doit s'abstenir d'endosser un chèque fait à l'ordre d'un client.

4.2.10. Pendant la durée de la relation professionnelle, l'éducateur spécialisé n'établit pas de liens d'amitié susceptibles de compromettre la qualité de ses services professionnels ni de liens amoureux ou sexuels avec un client, ne tient pas de propos abusifs à caractère sexuel et ne pose pas de gestes abusifs à caractère sexuel à l'égard d'un client. La durée de la relation professionnelle est déterminée en tenant compte notamment de la nature de la problématique et de la durée des services professionnels donnés, de la vulnérabilité du client et de la probabilité d'avoir à rendre à nouveau des services professionnels à ce client.

DISPONIBILITÉ ET DILIGENCE

4.3.1. L'éducateur spécialisé doit faire preuve, dans l'exercice de sa profession, de disponibilité et de diligence. S'il ne peut répondre à une demande dans un délai raisonnable, il en explique les motifs à son client et le réfère au besoin à un collègue ou confrère.

4.3.2. L'éducateur spécialisé doit fournir à son client les explications nécessaires à la compréhension et à l'appréciation des services qu'il lui rend, ainsi qu'à la famille de son client ou tuteur ou représentant selon le cas.

4.3.3. Avant de cesser d'offrir ses services à un client, l'éducateur spécialisé doit aviser ce dernier et l'établissement où il œuvre dans un délai raisonnable et veiller à ce que cette cessation de services ne soit pas préjudiciable à ce client.

4.3.4. L'éducateur spécialisé doit rendre compte à son client de l'ensemble de ses actes professionnels lorsque celui-ci le requiert.

RESPONSABILITÉ

4.4.1. L'éducateur spécialisé doit, dans l'exercice de sa profession, engager pleinement sa responsabilité civile personnelle pour les gestes professionnels posés. Il lui est interdit d'insérer dans un contrat de services une clause excluant directement ou indirectement, en totalité ou en partie, cette responsabilité.

4.4.2. L'éducateur spécialisé distribue la médication partout où cela est possible et nécessaire en respectant les règles et consignes reliées à l'administration de cette médication.

INDÉPENDANCE ET DÉSINTÉRESSEMENT

4.5.1. L'éducateur spécialisé doit subordonner son intérêt personnel à celui de son client.

4.5.2. L'éducateur spécialisé doit ignorer toute intervention d'un tiers qui pourrait influer sur l'exécution de ses devoirs professionnels au préjudice de son client.

4.5.3. L'éducateur spécialisé doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède :

4.5.3.1. L'éducateur spécialisé est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux à ceux de son client ou que son jugement et sa loyauté envers celui-ci peuvent en être défavorablement affectés ;

4.5.3.2. L'éducateur spécialisé n'est pas indépendant comme conseiller pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.

4.5.4. L'éducateur spécialisé qui constate qu'il se trouve en conflit d'intérêts, réel ou apparent, en avise son client et prend les moyens nécessaires afin de s'assurer que ce dernier ne subisse pas de préjudice.

4.5.5. Un éducateur spécialisé doit s'abstenir de recevoir, à l'exception de la rémunération à laquelle il a droit, de verser ou de s'engager à verser tout avantage, ristourne, commission ou cadeau relatifs à l'exercice de sa profession.

4.5.6. Un éducateur spécialisé peut partager ses honoraires avec une autre personne dans la mesure où ce partage correspond à une répartition équitable des services et des responsabilités.

4.5.7. L'éducateur spécialisé n'incite pas de façon insidieuse, pressante ou répétée une personne à recourir à ses services professionnels.

4.5.8. L'éducateur spécialisé évite d'effectuer ou de multiplier des actes professionnels sans raison suffisante et s'abstient d'effectuer un acte inapproprié ou disproportionné au besoin de son client.

4.5.9. L'éducateur spécialisé ne peut, par complaisance ou pour tout autre motif, émettre des factures inexactes ou falsifier.

4.5.10. L'éducateur spécialisé doit, dans le cadre de ses fonctions, consigné les notes, les rapports et le dossier, et ne peut les détruire en partie ou en totalité, moins de 5 ans après la fin du suivi avec son client.

4.5.11. À l'exception de la rémunération à laquelle il a droit, l'éducateur spécialisé s'abstient de recevoir, de verser ou de s'engager à verser tout avantage, ristourne ou commission relié à l'exercice de sa profession à l'exception de remerciements d'usage et de cadeaux de valeur modeste.

CONFIDENTIALITÉ

4.6.1. L'éducateur spécialisé doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle obtenu dans l'exercice de sa profession. De par la nature même du travail d'équipe et des exigences du travail multidisciplinaire auquel il est appelé à participer, il est tenu au respect du secret d'équipe.

4.6.2. L'éducateur spécialisé peut être autorisé à révéler des renseignements confidentiels à un tiers avec l'autorisation écrite de son client ou lorsque la loi le permet.

4.6.3. Lorsqu'un éducateur spécialisé demande au client de lui révéler des renseignements de nature confidentielle ou lorsqu'il permet que de tels renseignements lui soient confiés, il doit s'assurer que le client est pleinement au courant du but de l'entrevue et des utilisations diverses qui peuvent être faites de ces renseignements et qu'il y consente expressément.

4.6.4. L'éducateur spécialisé est soumis à l'obligation de confidentialité lorsqu'un client fait appel à ses services, à moins que la nature du cas en exige la divulgation.

4.6.5. L'éducateur spécialisé doit éviter les conversations indiscrètes au sujet d'un client et des services qui lui sont rendus.

4.6.6. L'éducateur spécialisé doit obtenir l'autorisation écrite et expresse du client ou de son représentant légal concerné s'il utilise des techniques audiovisuelles pour fins de thérapie, d'enseignement ou de recherche.

4.6.7. L'éducateur spécialisé qui exerce sa profession auprès d'un couple ou d'une famille doit respecter la confidentialité de tout renseignement obtenu de chaque membre du couple ou de la famille.

4.6.8. L'éducateur spécialisé ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle au préjudice du client ou en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

ACCESSIBILITÉ DES DOSSIERS

4.7.1. L'éducateur spécialisé doit respecter le droit de son client de prendre connaissance des documents qui le concernent dans tout dossier constitué à son sujet et d'obtenir copie de ces documents, sauf dans la mesure où l'exercice de ce droit est préjudiciable au client et ce, conformément aux lois en vigueur.

4.7.2. Toutefois, lorsque les services d'un professionnel ou d'autres professionnels ont été requis, l'éducateur spécialisé ne peut permettre au client de prendre connaissance des documents qui se trouvent dans ce dossier sans l'autorisation du professionnel qui a accordé ses services.

CONSENTEMENT

4.8.1. Avant de convenir avec un client de la prestation de services professionnels, l'éducateur spécialisé tient compte de la demande et des attentes du client ainsi que des limites de ses compétences et des moyens dont il dispose.

4.8.2. Avant d'entreprendre la prestation de services professionnels, l'éducateur spécialisé obtient, sauf urgence, le consentement libre et éclairé de son client, de son représentant ou des parents, s'il s'agit d'un enfant âgé de moins de 14 ans, en communiquant notamment les renseignements suivants :

(1) Le but, la nature et la pertinence des services professionnels ainsi que leurs principales modalités de réalisation ;
(2) Les alternatives, les limites et les contraintes ainsi que les responsabilités mutuelles liée à la prestation du service professionnel ;
(3) L'utilisation des renseignements recueillis ;
(4) Le montant des honoraires, la perception d'intérêts sur les comptes et les modalités de paiement ;
(5) Le choix de refuser les services professionnels offerts ou de cesser, à tout moment, de recevoir les services professionnels ;
(6) Les règles sur la confidentialité ainsi que ses limites de même que les modalités liées à la transmission de renseignements confidentiels reliés à l'intervention.

La communication de ces renseignements est adaptée au contexte de la prestation des services professionnels.

4.8.3. L'éducateur spécialisé prend les mesures raisonnables et nécessaires, y compris lorsque l'urgence a pris fin, pour s'assurer qu'un consentement est libre et éclairé en vérifiant si le client a bien compris les renseignements communiqués.

4.8.4. L'éducateur spécialisé s'assure que le consentement demeure libre et éclairé pendant la durée de la relation professionnelle.

4.8.5. L'éducateur spécialisé reconnaît au client le droit de révoquer en tout temps son consentement.

CHAPITRE 5

COMITÉ DE DISCIPLINE

5.1. Toute personne peut loger une plainte contre un éducateur spécialisé membre de l'Association qui manque à une obligation prévue au présent code de déontologie. Pour formuler une telle plainte, cette personne doit utiliser le formulaire prévu à cet effet sur le site Internet de l'Association.

5.2. Sur réception de la plainte, l'Association communique avec le plaignant pour attester de la réception de ladite plainte et du début de traitement de celle-ci.

5.3. Dans les 30 jours ouvrables de la réception de la plainte par l'Association, un comité de discipline examinera la plainte.

5.4. Ce comité est constitué de 3 membres actifs de l'Association dont au moins 1 membre du Conseil d'administration. Lesquels sont nommés par le Conseil d'administration pour un mandat de 2 ans, lequel peut être renouvelé.

5.5. Le comité de discipline a le pouvoir d'une commission d'enquête et peut assigner et interroger tout témoin qu'il juge pertinent à l'étude de la plainte.

5.6. Le comité de discipline doit donner au plaignant et au membre visé par la plainte l'occasion d'être entendus.

5.7. Le comité de discipline doit rendre une décision écrite et motivée dans les 45 jours ouvrables de la réception de la plainte. Le comité de discipline peut toutefois prolonger ce délai s'il en avise le plaignant et le membre visé par la plainte par écrit.

5.8. Le comité de discipline a le pouvoir de rendre les ordonnances suivantes :

- *Rejet de la plainte*
- *Avis et recommandations écrites*
- *Radiation temporaire de l'Association*
- *Radiation permanente de l'Association*
- *Toutes autres ordonnances qu'il juge opportunes*

5.9. Dans tous les cas, la publication de la radiation sera affichée sur le site Internet de l'Association.

5.10. L'éducateur spécialisé collabore et répond à toute demande provenant d'un syndic, d'un membre du conseil exécutif ou d'un membre du conseil d'administration de l'Association; il doit de plus répondre dans le délai et selon le mode de communication que ceux-ci déterminent.

5.11. L'éducateur spécialisé, informé d'une enquête sur sa conduite ou sur sa compétence professionnelle ou qui a reçu la signification d'une plainte, ne communique sous aucun prétexte avec la personne à l'origine de l'enquête ou de la plainte ou avec toute autre personne impliquée dans cette enquête ou cette plainte, sans la permission écrite et préalable du syndic.

5.12. La décision émît par le syndic en lien avec le dépôt formel d'une plainte à l'égard d'un membre de l'Association est sujet à être révisé ou maintenu lors de la création d'un ordre des éducateurs spécialisés.

CHAPITRE 6

EN CAS DE PRATIQUES PRIVÉES

L'éducateur spécialisé devra respecter les règles établies dans le document des statuts et règlements de l'Association des éducatrices et éducateurs spécialisés du Québec ainsi que le code de déontologie.

FIXATION ET PAIEMENT DES HONORAIRES

6.1.1. L'éducateur spécialisé doit demander et accepter des honoraires justes et raisonnables.

6.1.2. Les honoraires sont justes et raisonnables s'ils sont justifiés par les circonstances et proportionnés aux services rendus.

6.1.3. L'éducateur spécialisé doit notamment tenir compte des facteurs suivants pour fixation de ses honoraires :

- *6.1.3.1. De son expérience et de ses compétences particulières;*
- *6.1.3.2. Du temps consacré à la prestation des services professionnels convenus;*
- *6.1.3.3. De la nature et de la complexité des services professionnels;*
- *6.1.3.4. De la prestation de services professionnels inhabituels ou dispensés hors des conditions habituelles;*
- *6.1.3.5. De la compétence ou de la célérité exceptionnelle nécessaire à la prestation des services professionnels.*

6.1.4. L'éducateur spécialisé ne réclame des honoraires que pour les services rendus.

6.1.5. L'éducateur spécialisé doit fournir à son client toutes les explications nécessaires à la compréhension de son relevé d'honoraires, des frais d'annulation, des intérêts exigés sur les comptes en souffrance et des modalités de paiement.

6.1.6. L'éducateur spécialisé doit s'abstenir d'exiger d'avance le paiement de ses services; il doit par ailleurs prévenir son client du coût approximatif et prévisible de ses services. Il peut toutefois réclamer des frais d'annulation raisonnables pour des rendez-vous manqués.

6.1.7. L'éducateur spécialisé ne peut percevoir des intérêts sur les comptes en souffrance qu'après en avoir dûment avisé son client. Les comptes en souffrance d'un éducateur spécialisé portent intérêts au taux convenu préalablement avec son client.

6.1.8. Avant de recourir à des procédures judiciaires, l'éducateur spécialisé doit épuiser les autres moyens dont il dispose pour obtenir le paiement de ses honoraires et de ses autres frais.

6.1.9. Lorsqu'un éducateur spécialisé confie à une autre personne la perception de ses honoraires, il doit s'assurer que celle-ci procède avec tact et mesure.

RESTRICTIONS ET OBLIGATIONS RELATIVES À LA PUBLICITÉ

6.2.1. Un éducateur spécialisé peut mentionner dans sa publicité toutes les informations susceptibles d'aider le public à faire un choix éclairé et de favoriser l'accès à des services utiles ou nécessaires.

- *6.2.1.1. Cette publicité doit favoriser le maintien et le développement du professionnalisme.*

6.2.2. L'éducateur spécialisé doit, dans sa publicité, indiquer :

- *6.2.2.1. Son nom;*
- *6.2.2.2. Son titre professionnel;*
- *6.2.2.3. Le nom de l'établissement d'enseignement d'où il est diplômé;*
- *6.2.2.4. Ses approches et les formations supplémentaires complétées;*
- *6.2.2.5. Le type et l'âge des clientèles avec lesquelles il veut travailler.*

6.2.3. Nul éducateur spécialisé ne peut faire, ou permettre que soit faite, par quelque moyen que ce soit, de la publicité fausse, trompeuse ou susceptible d'induire en erreur.

6.2.4. Un éducateur spécialisé ne peut s'attribuer des qualités ou habiletés particulières, notamment quant à son niveau de compétence ou à l'étendue ou à l'efficacité de ses services, que s'il est en mesure de les justifier.

6.2.5. L'éducateur spécialisé ne peut, dans sa publicité, utiliser ou permettre que soit utilisé un témoignage d'appui ou de reconnaissance qui le concerne.

6.2.6. L'éducateur spécialisé ne peut, de quelque façon que ce soit, faire ou laisser faire de la publicité destinée à des personnes qui peuvent être, sur le plan physique ou émotif, vulnérables du fait de leur âge ou de la survenance d'un événement spécifique.

6.2.7. L'éducateur spécialisé doit, dans sa publicité, éviter toutes les méthodes et attitudes susceptibles de donner à sa profession un caractère de lucre et de commercialité.

6.2.8. L'éducateur spécialisé ne peut, dans sa publicité reprendre le symbole graphique de l'Association, sauf si son utilisation est conforme au chapitre 7 du présent code de déontologie.

6.2.9. L'éducateur spécialisé qui, dans sa publicité, annonce des honoraires ou des prix doit le faire d'une manière compréhensible pour un public qui n'a pas de connaissances particulières en éducation spécialisée et doit :

6.2.9.1. Les maintenir en vigueur pour la période mentionnée dans la publicité, laquelle période ne devra pas être inférieure à 90 jours, après la dernière diffusion ou publication autorisée;
6.2.9.2. Préciser les services inclus dans ces honoraires ou ces prix;
6.2.9.3. Indiquer si les frais sont ou non inclus.

6.2.10. Dans le cas d'une publicité relative à un prix spécial ou à un rabais, l'éducateur spécialisé doit mentionner la durée de la validité de ce prix spécial ou de ce rabais, le cas échéant. Cette durée peut être inférieure à 90 jours.

6.2.11. L'éducateur spécialisé ne peut, par quelque moyen que ce soit, accorder dans une déclaration ou un message publicitaire plus d'importance à un prix spécial ou à un rabais qu'au service offert.

6.2.12. L'éducateur spécialisé doit conserver une copie intégrale de toute publicité dans sa forme d'origine, pendant une période de 3 ans suivant la date de la dernière diffusion ou publication. Sur demande, cette copie doit être remise au syndic.

6.2.13. Tous les associés d'une société d'éducateurs spécialisés sont solidairement responsables du respect des règles relatives à la publicité, à moins que la publicité n'indique clairement le nom de l'éducateur spécialisé qui en est responsable.

CHAPITRE 7

SYMBOLE GRAPHIQUE DE L'ASSOCIATIONDES ÉDUCATRICES ET ÉDUCATEURS SPÉCIALISÉS DU QUÉBEC

7.1. L'Association est représentée par un symbole graphique conforme à l'original détenu par le secrétaire de l'Association.

7.2. L'éducateur spécialisé qui reproduit le symbole graphique de l'Association pour les fins de sa publicité doit s'assurer que ce symbole est conforme à l'original détenu par le secrétaire de l'Association.

7.3. Lorsqu'il utilise le symbole graphique de l'Association dans sa publicité, l'éducateur spécialisé ne donne pas à penser qu'il s'agit d'une publicité de l'Association.

7.4. L'éducateur spécialisé qui reproduit le nom de l'Association dans sa publicité doit utiliser la formulation suivante : Membre de l'Association des éducatrices et éducateurs spécialisés du Québec.

7.5. L'éducateur spécialisé qui veut utiliser le symbole graphique de l'Association et nommer qu'il en fait partie devra préalablement en faire la demande expresse à l'Association afin qu'i puisse être inscrit au registre de l'AEESQ.

LEXIQUE

LA DÉONTOLOGIE EST L'ENSEMBLE DES RÈGLES ET DES DEVOIRS PROFESSIONNELS.

L'ÉTHIQUE

L'éthique implique une compétence professionnelle de base sur laquelle se construit un comportement éthique. À cette compétence doivent nécessairement s'ajouter des valeurs fondamentales chez les personnes, lesquelles se transforment en attitudes qui supportent à leur tour le comportement éthique.

L'ÉVALUATION

Au sens commun, l'évaluation est comprise comme pouvant s'appliquer à tous. Dans les domaines de la santé et des relations humaines, tous les intervenants exercent un jugement clinique à la hauteur de leurs compétences et communiquent les conclusions de ce jugement. Ils effectuent donc une évaluation.

LES ACTIVITÉS D'ÉVALUATIONS RÉSERVÉES PAR LA LOI

Ces évaluations réservées sont celles qui requièrent une expertise faisant appel à des habiletés et des compétences particulières pour :

- *Déterminer et utiliser des outils ou des instruments validés aux fins de l'évaluation et interpréter les résultats;*
- *Élaborer une hypothèse clinique;*
- *Interpréter de façon globale les différents facteurs ayant un impact sur l'état et la situation de la personne et les mettre en lien avec la problématique vécue;*
- *Anticiper les conséquences, à moyen et à long terme, des diverses interventions qui pourraient être effectuées par la suite, et ce, de manière à prévenir tout risque de préjudice grave;*
- *Produire des synthèses interprétatives fondées sur les faits et appuyées sur des théories scientifiques;*
- *Statuer et rendre compte de son évaluation et des conclusions qu'elle comporte aux personnes et instances administratives ou juridiques concernées.*

Ce sont donc des évaluations différentielles ou multifactorielles de type diagnostic dont il s'agit.

BIBLIOGRAPHIE

- *Code d'éthique professionnelle, Association québécoise des éducatrices et éducateurs en santé mentale, 2005*
- *Code de conduite, APEESQ, 2008*
- *Code d'éthique professionnelle, ATESQ, 1992*
- *L'éthique, un rendez-vous au quotidien, CRDI de Québec, septembre 2003*
- *Code d'éthique, notre engagement envers vous, Centre jeunesse de Québec, mars 2005*
- *L'éducateur en santé mentale : un technicien en éducation spécialisée, CH Robert-Giffard, mars 2001*
- *Programme de techniques d'éducation spécialisée, Cégep de Sainte-Foy et Collège Mérici, 2006*
- *Rapport des coprésidents de la Table d'analyse de la situation des techniciens œuvrant dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, février 2011*

Avis : Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée. Il est permis de reproduire ce document à des fins d'enseignement. Ne pas modifier sans autorisation.

Annexe 6 – Guide Projet de Vie

GÉNÉRALITÉS : LE PROJET DE VIE

Le projet de vie est basé sur les demandes et projets de la personne, il est évolutif en temps réel. Il est géré directement par le mandataire qui possèd un rôle central d'accompagnement de la personne autour de son projet et prend une place de coordinateur. Il est informatisé afin de pouvoir suivre, pas à pas, les évolutions de projets et d'objectifs. Il est également tourné vers des intervenants extérieurs au Centre, tels que tutelles, AVIQ, hôpital, administration, famille qui sont susceptibles de recevoir tout ou une partie du projet de vie. Dès lors, il respectera certaines contraintes de formes, à savoir :

- Utiliser Monsieur, Madame…
- Dater l'expression
- Faire attention à l'orthographe et au vocabulaire utilisé (ne pas utiliser d'abréviations, de jargon institutionnel, …)
- Etre le plus précis possible. Ex : Masy = Foyer d'Hébergement Le Masy, Rond Coin = L'épicerie du village Le Rond Coin

Le projet de vie se veut un outil inscrit dans la pratique professionnelle, proche du travail du terrain, inscrit dans le concret, l'objectif, le mesurable. Un support pédagogique est apporté par les services qui en fonction de leur spécificité ou leur spécialité vont venir étayer, conforter, développer et co-évaluer le travail collectif autour du résident.

Le but ne sera pas de remplir tout le document pour tous les besoins ni de fixer un objectif pour tout. De façon pragmatique, chacun complète la partie qu'il connait, pour laquelle il a recueilli, auprès de la personne en situation de handicap, des données fiables et sures. Les objectifs étant évolutifs, on avance un pied après l'autre en fonction des priorités, des évaluations, des situations nouvelles comme un couple, un déménagement, un accident de la vie....

Le Projet de vie devrait tout d'abord être **impliquant** c'est-à-dire considérer les protagonistes comme partie prenante de la décision de changement. Cela permet l'appropriation si importante dans la motivation.

Ensuite, il doit être **connecté au réel**, un changement doit se traduire dans les faits par un gain ou une modification efficace de la situation concrète.

Enfin et surtout, il sera important d'impliquer le bénéficiaire dans la construction de son projet de vie afin qu'il se l'approprie (consentement éclairé). Pour ce faire, il devra lui être expliqué et être compris, ce qui implique qu'une technique de feedback doit être déployée pour vérifier cette compréhension. C'est essentiel pour permettre de construire de nouveaux repères.

C'est un outil où les objectifs et leur évaluation sont au centre pour permettre à la personne de poursuivre par étapes son parcours et permettre aux équipes d'affiner et évaluer régulièrement leur pratique professionnelle.

Le contrat social

A son arrivée au Centre Reine Fabiola, la personne a posé le choix d'y vivre et pour cela, a dû prendre des engagements vis-à-vis de la collectivité que constitue le Centre. Elle a signé un contrat d'admission qui lui a été expliqué, s'engageant à respecter certaines règles qui sont inscrites dans le projet d'établissement, les chartes et le règlement.

Par la suite, les résidents ont intégré des milieux de vie où souvent d'autres règles complémentaires s'appliquent. Bien avant, cela s'exerce aussi comme sur tout un chacun, la loi.

Une certaine vigilance est donc de mise dans les objectifs et moyens d'action qui pourraient être décidés et se retrouver en contradiction avec les « règles » de vie sociale. Non qu'une dérogation soit impossible, mais doive faire l'objet d'un examen et d'un accord de la part de l'autorité compétente. Chef éducateurs, Chef de groupe, Adjoint de Direction, Direction Pédagogique, médecin…

Rappeler les règles en regard des désirs de la personne est parfois utile mais ne doit pas justifier de ne pas rendre compte, dans le projet de vie, des idéaux et demandes de la personne.

Mandats

Le mandataire est une personne qui reçoit un mandat d'un résident pour poser un ou des actes en son nom et pour son compte. Ce terme, au départ, relève du domaine juridique pour s'étendre par la suite à d'autres réalités sociales. Le mandataire est donc quelqu'un qui **représente et agit** pour le compte de son mandant.

Dans le cadre du Projet de Vie, le mandataire est investi des missions suivantes :

- Avoir une représentation claire de la situation globale de la personne en situation de handicap et développer un **regard critique** par rapport à celle-ci de manière à réévaluer régulièrement l'état d'avancement du travail.
- Amener des **propositions** de modification du travail d'accompagnement déployé autour de la personne dès que cela s'avère nécessaire et ce, en rapport direct avec le Projet de Vie.
- Veiller à une bonne circulation de l'information concernant le suivi de la personne en prenant contact régulièrement avec les collègues des milieux de vie et les services pédagogiques de manière à garder une bonne cohérence et cohésion dans le travail avec le bénéficiaire.
- Organiser une réunion de coordination.
- Etre l'interface entre la personne et l'institution, être l'interlocuteur privilégié du bénéficiaire.

En pratique

- Pour chaque bénéficiaire, un mandataire de l'hébergement est désigné.
- Tous les autres intervenants constituent le support pédagogique.

En cas d'absence ou de départ du mandataire :

- Si le mandataire est absent, il lui revient d'organiser son absence dans son équipe. Le Chef éducateurs ou le Chef de groupe sont alors un soutien pour la coordination.
- En cas de départ du mandataire : le Chef éducateurs ou le Chef de groupe sont chargés de veiller à la transmission du mandat à un nouveau mandataire.

Le projet : rêves et demandes

Commencer par les rêves, les désirs et les aspirations profondes est nécessaire pour connaitre **le résident**. Les demandes sont quant à elles plus réductrices, pratiques et directement centrées sur un résultat. Pourtant, c'est bien dans ses rêves que l'on trouve la plus grande partie de sa motivation, son appétit de vivre. Les plus belles histoires de développement personnel commencent toujours par un rêve, une impulsion initiale.

Connaissez-vous les rêves des personnes dont vous vous occupez ? Qui seraient-ils s'ils n'avaient pas de handicap ? Nous en connaissons parfois un peu, nous pouvons déduire mais pourquoi ne pas leur poser la question ?

Le fait de se représenter les attentes profondes d'un individu par rapport à sa propre existence est d'un grand intérêt pour l'amener à se formuler des objectifs.

Cette partie comprend l'expression directe de la personne, celle de sa famille et le cas échéant de son représentant légal.

La famille va apporter les demandes exprimées par la personne auprès d'elle, elle peut être différente de ce qui nous est dit ici mais cela ne doit en rien justifier de ne pas en prendre note. L'existence de demandes paradoxales selon les sources n'est pas un problème en soi.
La famille va aussi exprimer ses propres demandes et ses propres souhaits, ainsi que des faits significatifs à se remémorer.

La tutelle peut de la même façon rapporter des souhaits, demandes ou évènements à noter.

Les souhaits

Les souhaits sont les rêves, les projets à long terme, ou aspirations du résident. Il n'est pas nécessaire de pouvoir les traduire directement en actions concrètes. Ils sont l'intention générale visée par les interventions éducatives, elles viennent aussi les soutenir dans la motivation qu'ils donnent au résident.
(Exemple : Je voudrais avoir un appartement pour m'occuper de ma maman quand elle sera vieille)

Les projets et demandes

Les Projets et demandes sont l'expression d'un besoin explicite, ils se traduiront en actions concrètes au travers d'objectifs intermédiaires. Les changements répondant à ces projets et demandes pourront être évalués. Ils correspondent à des indices de besoins non couverts.
(Exemple : je veux manger tout seul dans mon studio.)

Les évènements à se rappeler

Les évènements à se rappeler sont comme le nom l'indique des faits ou des informations à prendre en compte dans les demandes ou aspirations des résidents. Ils viennent nuancer les actions éducatives et permettre d'affiner les objectifs mis en place avec la personne en situation de handicap. Au-delà des informations dont nous disposons, la question des évènements dont il souhaite que nous nous rappelions est à poser au résident en entrevue.
(Exemple : Monsieur Bidon a la phobie des chiens.)

Les situations à améliorer

Les situations à améliorer parlent d'elles-mêmes. Elles témoignent d'un besoin couvert en partie ou non couvert mais en attente d'une meilleure réponse.
(Exemple : Monsieur Bidon occupe une chambre double et souhaite depuis deux ans occuper une chambre simple)
Les services et les équipes
Il existe des canevas spécifiques à remplir en fonction de la spécialisation de chaque service. Ces informations contribuent à dresser le tableau de la personne et à compléter le portrait dressé dans le projet de vie.

L'ANALYSE ET LA MISE À DISPOSITION DE L'INFORMATION DISPONIBLE

Les besoins

La notion de besoin a été définie par de nombreux auteurs et concerne des domaines très différents. Nous pouvons en retenir que le besoin est une nécessité qui s'impose au sujet, que celui-ci en soit conscient ou non. Le fait de l'imposition, du côté subi permet de l'opposer à la demande puisque pour celle-ci, le sujet agit sur son environnement.

La couverture du besoin est indispensable à l'existence physique, physiologique ainsi qu'au développement psychique du sujet. En effet, l'absence de couverture ou la couverture partielle d'un besoin quel qu'il soit amène le sujet à vivre un état de déséquilibre interne portant atteinte à sa santé, à son intégrité physique ou psychique.

La grille des besoins pour la création du projet de vie est élaborée par l'organisation, son ambition est de répondre aux demandes et besoins de chaque personne accueillie au Centre Reine Fabiola, en les impliquant toutes dans les choix qui les concernent au niveau de leur vie.

Evaluation du niveau de couverture du besoin

Postulat de départ :" le besoin est fondamental. Sa couverture est une condition sine qua non à l'existence humaine". Le besoin est couvert par la personne elle-même, son environnement ou partiellement par l'un et l'autre.

On distingue trois cas de figures :

- **L'autonomie :** la personne couvre d'elle-même, par ses actions, le besoin. Ceci peut comprendre aussi le fait de pouvoir avoir recours à autrui pour obtenir des informations, des conseils, … Dans ce cas, la tierce personne, interpellée, n'intervient que ponctuellement et uniquement dans le cadre de la demande qui lui est adressée.
- **La suppléance** : la personne a besoin du support d'autrui pour effectuer certains actes nécessaires à la couverture du besoin. Elle reste autonome pour le reste.
- **La dépendance** : incapacité temporaire ou définitive pour des raisons de handicap ou de manque de support à accéder la satisfaction du besoin.

Les indices

Les « indices » sont nés de la nécessité de trouver des points de repère nouveaux quant à l'évaluation de la couverture des besoins. Une simple appréciation ne suffit pas. **Estimer sans aucun repère que tel ou tel besoin est couvert engendre de nombreuses difficultés telles que le risque de confondre plusieurs besoins,** le fait de ne pouvoir communiquer avec ses collègues et pouvoir proposer ses arguments, l'impossibilité de faire des comparaisons et d'évaluer l'état d'avancement du travail par rapport aux objectifs.

Les indices sont aussi nécessaires à évaluer **le degré d'autonomie** de la personne ainsi que le degré d'adaptation dont l'environnement doit faire preuve dans la couverture d'un besoin. Les indicateurs sont volontairement formulés par « est capable de … » afin de rester dans une dynamique d'éducation et non pas d'expression de signes, symptômes et dysfonctionnements issus d'une non couverture du besoin.

A côté de chacun des besoins, il y a une rubrique **« remarques». Celle-ci est réservée à contrario à tous les signes de non couverture d'un besoin ainsi qu'au sujet nécessitant une intervention à définir.** Par exemple, dans la partie relative au besoin de boire et manger, le service de psychologie pourrait indiquer : « trouble des conduites alimentaires ».

Les habitudes de vie

C'est une rubrique servant à se représenter la vie de la personne d'une manière plus précise, plus proche de la réalité. De nombreuses expériences nous conditionnent dans une certaine mesure et deviennent des habitudes. Celles-ci peuvent être d'origine culturelle au sens large, être héritées des habitudes familiales mais aussi avoir été apprises dans le parcours institutionnel de la personne.

Les habitudes de vie peuvent nous donner différentes informations nécessaires pour mener à bien notre travail pédagogique. Elles nous amènent à connaitre mieux la personne et nous permettent donc d'aménager l'environnement ou peuvent servir de point de départ à envisager de nouveaux apprentissages.

Par exemple, au niveau du besoin de boire et manger, les habitudes de vie dépassent les simples observations que constituent les indices et les remarques. En effet, nous pouvons savoir que le résident est capable de cuisiner un repas complet de manière autonome (voir indices) et qu'il a tendance à dévaliser le frigo lorsqu'il est dans une période de stress aigu (remarque du service de psychologie ou de l'hébergement) ou qu'il a suivi une formation alimentation saine (remarque du Sefope) mais ceci ne donne pas vraiment d'informations précises sur les habitudes dans lesquelles il s'inscrit au quotidien.

Dans les habitudes de vie relatives au besoin de boire et manger, on pourra trouver que le résident aime particulièrement un repas convivial, qu'il partage spontanément avec ses pairs, qu'il prend plaisir à cuisiner pour ensuite partager son repas ; qu'il mange seul dans son studio et qu'il n'aime pas cette situation ; qu'il a pour habitude de manger une collation à 10h00 ; qu'il apprécie aller au restaurant dès que l'occasion se présente…

Au niveau du besoin de s'occuper, se réaliser, les habitudes de vie consisteront à décrire ce que fait réellement le résident lors de ses ateliers de jour. Le fait de simplement mentionner l'atelier et le poste de travail n'est pas suffisant. Savoir qu'il reste concentré, absorbé par ce qu'il fait pendant plusieurs dizaines de minutes, qu'il apprécie le travail d'équipe ou préfère la solitude, qu'il est vite distrait, qu'il se donne à son activité le matin et à besoin de ralentir en début d'après-midi.

Le portrait

Il dresse une photographie de la personne afin de pouvoir communiquer une information de base, décrivant le résident et permettant le meilleur accompagnement possible pour une courte période passée hors de son environnement habituel. Par exemple pour des vacances, une hospitalisation, une courte période dans un autre foyer etc…

Il est rempli par le mandataire avec le concours des supports pédagogiques.

Moins précis bien entendu qu'un projet de vie dans son intégralité, il doit cependant permettre au résident de conserver les stimuli et les sécurités nécessaires à son épanouissement dans un contexte inhabituel. Il doit par ailleurs donner les moyens aux intervenants psycho-socio-éducatifs et médicaux de remplir au mieux leur fonction d'accompagnants.
Une mise à jour régulière doit être réalisée non seulement à certaines échéances fixes mais aussi en cas de changement important dans la situation du résident.

Un portrait à destination des familles, réduit aux éléments nécessaires, pourra aussi être généré. Prenons l'exemple d'une famille qui va passer l'après-midi à Bruges avec son fils ou sa fille et le compagnon ou la compagne. Certaines informations devront être fournies à cette famille mais en fonction de la situation et des besoins réels qu'elle engendre.

La famille est aussi une source essentielle d'informations sur la personne accueillie au Centre Reine Fabiola. Qui connaît mieux l'histoire, les processus d'évolution, les aventures, etc… de la personne que sa famille la plupart du temps ?
Nous ne pouvons et donc ne devons pas faire l'économie des informations que nous fournit la famille que ce soit lors de rencontres telles le carrefour ou la rencontre foyer, des appels téléphoniques ou des contacts avec le service social.

LES SUPPORTS PÉDAGOGIQUES

Les services et certains groupes de travail, dans le cadre de leurs spécialisations et spécificités, vont venir étayer et appuyer le projet de vie et contribuer au travail mis en place par le mandataire.

D'autres intervenants peuvent ponctuellement apporter un support pédagogique, qu'ils soient en ou hors l'institution. (ex : CMI, Spécialiste, …).

Au-delà de leurs propres objectifs fixés en fonction des expressions du résident, ils pourront intervenir en support des équipes atelier et hébergement et proposer des outils et moyens dans le but de contribuer aux objectifs fixés, que ce soit par des prises en charge, des formations à la personne ou aux équipes, des créations de documents ou supports, des examens ou consultations, des bilans ou synthèses, …

Pour rappel, le secret professionnel a souvent une place encore plus prononcée dans les services (psy, médical, …). Il est donc à considérer que toutes les actions des services ne seront pas toujours explicites ou que certains détails qui ne sont pas essentiels à la coordination des intervenants seront tus et/ou sous clé informatique dans le projet de vie.

Les anamnèses

Les personnes en situation de handicap rejoignant le Centre Reine Fabiola arrivent avec leur histoire psycho-médicale et sociale.

Les services dressent à l'arrivée et alimentent par la suite un historique des développements du résident selon leur domaine de compétence.

Parmi ces documents la synthèse de base tient une place importante, elle dresse un portrait initial de la personne à son arrivée au Centre avec une série d'observations, d'informations et d'évaluations qui peuvent s'avérer d'une grande utilité lorsqu'il s'agit de faire le point sur l'évolution d'un bénéficiaire. En tant que premier jalon de l'histoire de la personne dans l'institution, il est intéressant que tout nouveau mandataire en prenne connaissance. Elle se trouve dans les annexes du projet de vie.

Dans le projet de vie se trouvent une anamnèse sociale, psychologique et médicale. Ces anamnèses peuvent se trouver dans l'onglet du service ou dans les annexes.

Les informations pertinentes pour l'accompagnement du résident sont visibles mais certains éléments sont sous clé, par souci du respect du droit à la vie privée et au respect du secret professionnel de la personne concernée.

Rien ne remplace les contacts interpersonnels cependant et il sera toujours opportun en cas de besoin d'interpeller les services afin de répondre aux attentes des bénéficiaires.

LES ANNEXES

Une section annexes apparaît dans le projet de vie.
Nous y retrouvons et y ajoutons les documents constitutifs du dossier du résident, en relation avec l'évolution de leur situation et de leur projet : observations, synthèses, bilans, anamnèses, synthèse de base, …
Il est important de bien classer ces documents par type et par date afin de par la suite pouvoir retrouver les informations facilement.

Faut-il le rappeler ? Il est nécessaire d'y insérer les documents utiles, le dossier unique du résident étant la règle, le projet de vie étant le document central et de référence pour tous les intervenants qu'ils soient de l'institution ou du dehors.

LES OBJECTIFS

Les différentes étapes

Comment formule-t-on des objectifs adéquats ? Voici les étapes à suivre pour formuler des objectifs.

Une réflexion et un questionnement approprié

a. « Que voulons-nous précisément ? »
b. « Quels résultats espérons-nous atteindre ? »
c. « Quels sont les moyens dont nous disposons pour les atteindre ? »
d. « De combien de temps disposons-nous pour atteindre nos objectifs ? »
e. « Risque-t-il d'y avoir des difficultés en cours de route ? »
f. « Ces objectifs sont-ils envisageables pour moi et mon équipe ? »

Définir un objectif. Il faut qu'il soit :

a. Spécifique – l'objectif doit être clairement défini et précis
b. Partagé – l'objectif doit être en concordance avec la vision de l'équipe et de l'organisation.
c. Réaliste et atteignable – l'objectif ne doit pas être trop ambitieux
d. Quantifiable – l'équipe doit être en mesure de déterminer un ou des critères objectifs pour ensuite évaluer les résultats
e. Déterminé dans le temps – l'objectif est établi en fonction d'étapes de réalisation et d'un échéancier fixé dans une période de temps précis

La formulation de l'objectif

Un verbe d'action

Utiliser un verbe d'action spécifique et non un verbe général, qui serait trop vague. Un verbe d'action présuppose une action observable que l'on peut «voir », vérifier, ou mesurer. Éviter les verbes comme connaître, comprendre, démontrer, analyser, etc. Ils sont difficilement mesurables. Exemples de verbes d'actions spécifiques: déterminer, nommer, décrire, définir, classer, etc …

Le contenu

Déterminer le besoin ou la nécessité de l'objectif en termes de comportements observables. La capacité d'un résident à préparer ses habits pour le lendemain est observable, la détermination des étapes à réaliser pour construire un immeuble est observable, la capacité d'un résident de réaliser un repas est observable.

Le contexte

Cette étape sert à préciser la ou les conditions de réalisation d'un projet. Exemples de mots précisant le contexte : au moyen de, à partir de, avec l'aide de telle personne ou de telles ressources financières et matérielles, etc.

Les éléments à préciser une fois les objectifs formulés

a) Le calendrier des étapes de réalisation (micro objectifs ou sous-objectifs)
b) Les activités ou les moyens proposés pour atteindre l'objectif
c) Les critères d'évaluation pour mesurer l'atteinte des résultats. Ils peuvent être contenus dans l'intitulé même de l'objectif. Par exemple : « Monsieur Parfait sera capable de lacer seul ses lacets » contient en soi le critère d'évaluation.

En bref

L'objectif sera rédigé comme suit, selon un canevas reprenant des éléments essentiels permettant d'identifier les actions mises en place entre les intervenants et les bénéficiaires :

Objectif général : se rapproche de l'ancienne notion d'intention, il détermine le but à moyen/long terme.

Objectifs opérationnels : reprend les critères énumérés ci-avant. C'est un objectif clair, une action mesurable.

Échéances : une date de terme à laquelle l'objectif doit être évalué, atteint ou redéfini.

Actions concrètes, moyens et responsables : fixent les modalités d'application, le responsable de l'action à mener et les éléments tangibles devant servir de base à l'évaluation.

Critères et sources d'évaluation : éléments, indicateurs de l'atteinte de l'objectif.

Ceci répond à une exigence de l'AVIQ d'identifier les actions éducatives menées dans le concret.

Exemple

Objectif général : amélioration de l'autonomie de déplacement.

Objectif opérationnel : se déplacer de son foyer d'hébergement « Le Garnisteau » à son occupation de jour « Le Plantin » seul et en toute sécurité à pied.

Échéance : 02/03/2024.

Actions concrètes listées, moyens et responsables :

- Achat d'une canne de marche par le service médical suite à l'avis du Docteur Y.
- Apprentissage théorique et technique le mardi matin avec Marcel B (formateur au Service de Formation Permanente).
- Accompagnement par Gérard H (son mandataire) les lundis en soirée pour les retours de son occupation de jour.

Critères et sources d'évaluation :

- Acquisition de la canne
- Participation régulière aux formations et bilan
- Inscription au cahier de vie de l'accompagnement par Gérard H
- Obtention d'un permis piéton

Hiérarchie des objectifs

Une autre question essentielle sera de hiérarchiser les objectifs fixés en fonction du projet de la personne. Ils pourront être actifs, réalisés ou en suspens.

Il est important que chacun définisse des objectifs dans son domaine d'activité. Il semble évident que l'on ne fixe pas d'objectifs pour d'autres ex : Le foyer ne fixe pas pour objectif de passer des examens médicaux mais peut par contre fixer pour objectif que X puisse se rendre accompagné au service médical afin d'exprimer ses souffrances en utilisant un outil d'échelle de la douleur.

L'ÉVALUATION

L'évaluation vise à prendre du recul, à donner de la valeur, poser un constat, et prendre des décisions, au regard des objectifs fixés pour le projet de vie de la personne. Evaluer c'est mesurer le chemin parcouru, réajuster, avoir le souci de l'amélioration de nos actions, un moyen d'y voir plus clair.

On peut évaluer les résultats de notre action mais nous devons aussi **évaluer notre pratique professionnelle.**
On pourra utiliser les résultats de l'évaluation pour vérifier si l'on a répondu au(x) besoin(s) des résidents, apporter des améliorations, prendre des décisions, déterminer quelles sont nos forces et faiblesses dans notre intervention, sélectionner les pratiques les plus efficaces pour nos actions futures. Il s'agira alors de modifier, en fonction, les indices des besoins concernés.

Au terme des évaluations de nos objectifs et de notre travail avec le résident, nous devrions réajuster l'objectif au besoin, le requalifier éventuellement dans les ordres de priorité et pouvoir noter les pratiques efficaces et inefficaces qui ont été déployées. Ceci peut figurer dans l'évaluation des pratiques professionnelles.
Avec le bénéficiaire, il sera toujours opportun de revenir sur l'expression dans le PDV et d'en ajuster le contenu.
Ceci permettra d'améliorer la qualité des réponses futures aux projets et besoins des résidents par accumulation des expériences et permettra une définition plus pointue des objectifs suivants.

Dans ce contexte, il est important de connaître la **fonction historique** du Projet de Vie car à travers les éléments passés (anciens objectifs, traces de pratiques professionnelles, …) on peut affiner les nouveaux objectifs pour les situations à venir.

Annexe 7 – Suspicion d'abus sexuels

INTRODUCTION

Ce travail de formalisation et de synthèse est le fruit du regroupement de différentes sources. Parmi celles-ci, citons :

- le travail du groupe « Au-delà des tabous » qui a mis au point une procédure à suivre en cas d'agression sexuelle dont la dernière version date de 2015 ;
- l'expérience réellement vécue sur le terrain par les différents intervenants lorsque des situations de suspicion d'abus se présentent et doivent être traitées ;
- la parution d'une circulaire intitulée « Suspicion d'abus sexuel d'un (ou une) professionnel(le) sur un (ou une) bénéficiaire », publiée fin 2018 par un groupe de travail émanant de l'AVIQ, à l'initiative du Service audit et contrôle.

Ce document se veut à la fois simple et pratique, et sert de référence dans nos pratiques en la matière. Il resitue aussi la problématique dans son contexte théorique et clinique.

CADRE CONCEPTUEL

Définition

Les violences sexuelles sont des actes sexuels imposés par la violence physique, la contrainte ou toute forme d'intimidation : menaces, chantage affectif, abus de pouvoir ou de confiance, usage d'armes ou approbation de situations dans lesquelles une personne n'est pas en pleine capacité de consentement.

Elles peuvent survenir dans la sphère privée, publique ou professionnelle. Elles relèvent de différentes catégories : le harcèlement sexuel, l'abus, l'inceste, l'exploitation sexuelle mais aussi, par exemple, l'exhibition de parties génitales, l'obligation de poser nu, le viol sous toutes ses formes (rapports sexuels imposés oraux, vaginaux, anaux ou pénétration au moyen d'objets divers), les attouchements, les frottements dans les transports publics, l'obligation de se masturber ou de masturber quelqu'un d'autre ou encore de visionner des films à caractère pornographique.

Les violences sexuelles ne s'expliquent pas par la perte de contrôle de l'auteur mais par la volonté de celui-ci d'imposer le contrôle.

Les conséquences

La culpabilité

Il faut garder à l'esprit que dans la grande majorité des situations, une violence sexuelle n'est pas la résultante d'une perte de contrôle mais bien le résultat d'une imposition du contrôle à l'autre. Une fois les faits révélés ou la plainte déposée, l'auteur a souvent tendance à nier ou à invoquer le fait qu'il a perdu le contrôle. Cet argument n'est pas cohérent avec le scénario, déployé souvent depuis bien longtemps avant le passage à l'acte.

Néanmoins, cela ne veut pas dire qu'il ne soit pas possible qu'un abus puisse avoir lieu dans un état de perte de contrôle dû à un abus de substances, d'alcool ou à un épisode délirant.

Il y a quasi systématiquement une tendance de la part de l'agresseur à inverser la culpabilité et la faire ainsi porter par la victime.

Cette tendance peut aussi se trouver renforcée par une attitude inadéquate des professionnels. Des questions posées maladroitement ou certains commentaires inutiles peuvent très facilement induire chez la victime présumée le fait que sa responsabilité par rapport aux faits pourrait d'une certaine manière être engagée.

Le traumatisme

La victime peut se présenter comme absente de ce qui s'est passé ou absente de son corps, produire un discours incohérent ou décousu et être dépourvue d'émotions. Ceci peut se mettre en place à très long terme et durer plusieurs mois, voire plusieurs années.

Sans suivi psychothérapeutique spécifique au traumatisme, les symptômes sur le plan psychique ont tendance à s'accroitre avec le temps alors que c'est le contraire pour les symptômes physiques.

On observe une probabilité importante de graves troubles du sommeil, de plaintes somatiques nombreuses, de consommation excessive d'alcool et/ou de tabac, de troubles du comportement comme l'agressivité envers soi et/ou envers autrui, de conduites de mise en danger répétitives, de risque élevé de dépression, parfois de suicide, …

LE TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE (PTSD)

Précaution particulière : les éléments repris ci-dessous proviennent du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5, manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux, publié par l'Association américaine de psychiatrie). Ces éléments ne doivent certainement pas conduire l'intervenant à « diagnostiquer » lui-même le trouble mais simplement à organiser son observation de manière à faciliter le diagnostic et ainsi définir de manière plus précise la prise en charge.

Le PTSD, Post Traumatic Stress Disorder, survient suite à une exposition à la mort effective, à une blessure grave ou à des violences sexuelles. La victime y est exposée elle-même, en tant que témoin, ou en apprenant un évènement traumatique arrivé à un proche.
Les symptômes sont :

- des pensées non volontaires, répétitives et envahissantes en lien avec l'évènement et générant un sentiment de détresse ;
- des rêves répétitifs dont les contenus et/ou les affects sont en lien direct avec l'évènement ;
- des réactions dissociatives aux cours desquelles le sujet se sent ou se comporte comme si l'évènement allait se reproduire ;
- un sentiment intense ou prolongé de détresse psychique et des réactions physiologiques associées lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes ressemblant à certains éléments de l'évènement ;
- une mise en place de comportements d'évitement persistant de tout ce qui rappelle le traumatisme. Que ce soient des rappels externes (endroits, situations, objets, personnes) ou des rappels internes (souvenirs, pensées, sentiment…) ;
- une altération de l'humeur et des fonctions cognitives : trous de mémoire par rapport à des éléments liés à l'évènement, croyances négatives à propos de soi et/ou de certains évènements : « Ça n'arrive qu'à moi », « J'ai la poisse », « Le monde est dangereux » « Je suis détruit pour toujours »… ;
- un état émotionnel persistant caractérisé par la crainte, la honte, l'horreur, la colère, la culpabilité ou tout autre affect pesant ;
- une réduction de l'intérêt pour des activités habituellement intéressantes ;
- un sentiment de détachement, l'impression de devenir étranger par rapport aux autres.

Ces perturbations durent au moins un mois. Il est à noter que l'expression des symptômes peut être retardée. Même si certains symptômes apparaissent immédiatement, d'autres peuvent survenir plusieurs mois après les faits.

Important à savoir :
Certaines caractéristiques, dont notamment la déficience intellectuelle, augmentent la « traumatisabilité » du sujet ! Le genre féminin est statistiquement plus susceptible de développer un PTSD (statistiques sur la vie entière).
Quelqu'un pour qui ce diagnostic a été posé a plus de 80 % de risques supplémentaires de développer un autre trouble psychique. 80 % des victimes d'abus sexuels développent un PTSD, ce pourcentage passe à 100 % lorsque la victime est mineure.

Comment fonctionne un traumatisme ?

Tout d'abord, le stress est un élément naturel qui nous permet de nous adapter à l'environnement et aux circonstances. L'amygdale, l'hippocampe et le cortex associatif entrent en jeu.

Suite à la perception d'une situation stressante, l'amygdale produit deux hormones : l'adrénaline qui permet une augmentation du rythme cardiaque et le cortisol qui augmente la production de sucre pour donner de l'énergie rapidement et en grande quantité. Ce n'est qu'après que le cortex intervient pour analyser la situation, permettre l'adaptation, garder les différents éléments en mémoire pour les réutiliser par la suite et « éteindre » l'amygdale.

Dans le cas d'une agression sexuelle, l'agresseur force les limites personnelles de la victime, qui est incapable de donner du sens à l'expérience, puisqu'elle n'est pas consentie et ne peut donc se lier à aucune autre dans sa mémoire. Dans cette situation, l'activité du cortex est paralysée, l'activité de l'amygdale ne peut pas être modulée. La production d'adrénaline et de cortisol reste donc très élevée au point d'en devenir toxique.

Enfin, le cerveau va produire de l'endorphine pour se déconnecter de la scène.
Cette disjonction va :

- l'amygdale est déconnectée : le sujet ne ressent plus la douleur ni aucune émotion ;
- l'amygdale est déconnectée de l'hippocampe : la mémoire n'est pas traitée, et reste « piégée » ;
- l'amygdale est déconnectée du cortex, ce qui donne un sentiment d'étrangeté par rapport au corps.

La mémoire de l'évènement traumatique étant emprisonnée, le souvenir devient une bombe à retardement. La notion de temps n'intervient absolument pas, et la victime garde donc l'impression que l'évènement vient juste de se passer ou est encore en train de se passer.
Ce qui donne un sentiment de danger permanent.

Pour favoriser dans un premier temps le traitement de la mémoire traumatique, ou tout au moins ne pas accentuer le traumatisme, il est primordial de :

- sécuriser l'espace de vie ;
- favoriser le lien avec les personnes de confiance ;
- envisager éventuellement le travail thérapeutique sous différents angles.

Par contre, il est important de savoir que des croyances comme « Il est bon d'en parler », « Ca ne peut pas faire de tort » sont dommageables. En effet, ouvrir la mémoire traumatique qui par définition n'est pas traitée, engendre une réactivation du traumatisme. Faute d'être formé spécifiquement au traitement des traumatismes, l'intervenant, animé simplement du désir de bien faire, risque fort bien de faire pire que mieux.

Quelques chiffres :
90 % des agressions sexuelles ne sont pas déclarées aux services de police alors que du point de vue de la sécurité publique, il est nécessaire de porter plainte car un agresseur qui n'est pas connu des services de police est bien évidemment plus susceptible de récidiver.
46 % des personnes interrogées au cours d'une étude ont été victimes de violences sexuelles graves au cours de leur vie. 65 % déclarent que l'agression sexuelle est l'expérience vécue la plus violente de leur existence.
Seuls 25 % des agresseurs ne sont pas connus des victimes.
Près de 30 % des femmes victimes de violences sexuelles n'ont pas entrepris de démarches, même celle de se confier à une connaissance.
En institution, connaitre le parcours d'une victime de violences sexuelles permet de mieux l'accompagner.

Les recommandations de l'OMS (références : docteur Thérèse Delvaux)

- Disposer de guidelines pour pouvoir se repérer. Qu'il s'agisse de la victime ou d'un intervenant.
- Prévoir que les consultations se fassent dans un endroit sécurisant.
- Garantir la confidentialité.
- Un établissement doit être à même de répondre au mieux aux conséquences psychiques et physiques des violences sexuelles.
- Les professionnels de la santé sont à même de récolter les preuves, si nécessaire.

PROJET DE VIE

Le traitement d'une situation de suspicion d'abus ne doit pas se trouver dans le projet de vie pour deux raisons. La première étant qu'il s'agit d'une suspicion et non d'une réalité avérée dans un premier temps. La seconde étant que ce genre de situation doit être traitée en mode de confidentialité restreinte et ne concerner donc que les intervenants nécessaires. (cfr cadre juridique par rapport au secret professionnel).

Ce qui ne veut pas dire qu'aucun partage d'informations ne peut se faire. Il est bien souvent indispensable de donner l'information aux différentes équipes qu'il y a suspicion d'abus sans devoir partager le contenu de la réclamation. Ceci permettra à l'intervenant de pouvoir être particulièrement vigilant à l'état de couverture du besoin de sécurité du résident et à l'état de ses relations aux autres.

Lorsque la procédure de traitement de la situation sera arrivée au stade de la clôture, il faudra pouvoir le plus souvent définir des objectifs de travail spécifiques à la situation individuelle du ou des résidents concernés.

En effet, même s'il y a lieu de conclure à un « non-abus », il n'en reste pas moins intéressant de prendre en considération tous les éléments cliniques récoltés à l'occasion du traitement et ce notamment dans les entretiens individuels pour pouvoir affiner le travail pédagogique déployé autour du résident.

Il sera parfois nécessaire de redéfinir des objectifs de travail relatifs à la juste distance et la juste proximité relationnelle notamment en suivant un module de formation à ce sujet. Il pourra être nécessaire de bénéficier d'un suivi psychologique visant à développer son assertivité.

Ce pourrait être aussi le temps de se réinscrire dans une formation en lien direct avec la charte des Droits et Libertés, pouvoir amener le résident à comprendre ce qui est permis ou pas dans le champ des interrelations (développement du jugement moral), mieux se représenter le corps humain, avoir une représentation opérationnelle du consentement, comprendre par ailleurs ce qu'est le respect d'autrui et en quoi consiste concrètement la diffamation.

D'autres mesures pourront être prises en fonction des situations comme l'« aide psychologique imposée », le débriefing du groupe dans lequel un abus a été vécu, un soutien à l'équipe,…

Le travail en groupe de personnes ayant commis un abus peut être utile même si le dispositif en lui-même met la question du secret professionnel à rude épreuve.

Les groupes de travail pour les personnes ayant subi une agression nécessitent de nombreuses réflexions. En effet, une intervention centrée spécifiquement sur le stress post traumatique est souvent indispensable.

LE CADRE NÉCESSAIRE

Par rapport au projet pédagogique de l'Institution :

Dès le projet d'intégrer l'Institution, le postulat suivant doit être clairement notifié par écrit pour tous : ***« Le droit de la personne à la vie affective et sexuelle est une liberté fondamentale »***. Cette information se retrouve dans le Règlement d'Ordre Intérieur de l'Institution et est communiquée lors de l'admission. Dans le cadre d'une Institution, ce droit fondamental connait une limitation : ***« Les relations affectives et sexuelles sont interdites entre membres du personnel et résidents »,*** ceci pour des raisons déontologiques et éthiques évidentes. Cette information, clairement notifiée dans le règlement de travail, est communiquée lors du recrutement du personnel.

Au Centre Reine Fabiola, les résidents sont considérés comme acteurs de leur vie relationnelle, affective et sexuelle. Bien évidemment, ce principe directeur du référentiel pédagogique doit être nuancé en fonction de la part d'autonomie du résident, de la prise en charge par l'environnement du besoin de « communiquer et être en relation », mais aussi du besoin de « structure » et de « sécurité ».

A ce jour, le Centre Reine Fabiola a déterminé, expérimenté et mis à jour une politique pédagogique globale par rapport à la VRAS (Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle). Celle-ci est expliquée dans le chapitre 3 abordant le Cadre de référence : L'accompagnement de la vie amoureuse au Centre Reine Fabiola.

Par rapport au personnel

- Au niveau des équipes : celles-ci doivent être formées à la VRAS. Dans le cas du CRF, chaque intervenant doit avoir intégré les références pédagogiques de l'institution à ce sujet et doivent avoir la possibilité de disposer d'espaces d'échanges à ce sujet. Chaque intervenant doit pouvoir veiller à créer un climat de confiance autour des questions de VRAS de manière à accueillir les préoccupations et les demandes des résidents.

  A ce niveau, au Centre Reine Fabiola, les espaces ad hoc pour partager les questions relatives à la VRAS sont la partie pédagogique des réunions d'équipe au cours desquelles il est possible de demander l'intervention d'une personne ressource (psychologue, conseillers de couple, formateur, …), les réunions de coordination et les réunions psychopédagogiques, les GT (groupes de travail) spécifiques à la VRAS. Par ailleurs, dans un avenir proche, l'ensemble du référentiel pédagogique du Centre Reine Fabiola sera accessible à tout membre du personnel.

- Un volet VRAS est à inclure dans le programme de formation des membres du personnel.

- Chaque membre du personnel reçoit une information suffisamment complète par rapport au secret professionnel et les exceptions que celui-ci prévoit. « *Si un professionnel soupçonne qu'une personne vulnérable est maltraitée, abusée, exploitée, harcelée ou subit des effets de négligence, il doit immédiatement faire le nécessaire pour protéger cette personne… ».*

LE PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE

Préalables

A propos de la responsabilité

Il semble important d'évoquer certaines dimensions présentes dans les situations de suspicions d'abus :

La première est d'ordre sociétal. **Le mythe de la responsabilité** est poussé aujourd'hui à son paroxysme. Chaque individu est devenu responsable de tout ce qu'il vit, tout est anticipé et fait l'objet d'un processus de décision aboutissant à un choix libre, fait en connaissance de cause.

Pourtant, l'expérience de la vie quotidienne nous montre que de nombreux évènements nous sont imposés par le contexte, l'environnement ou par le comportement d'autrui. Lorsqu'il est question de suspicion d'abus, il est indispensable de garder cette tendance actuelle à l'esprit car on pourrait très vite franchir le pas de pointer l'éventuelle responsabilité de la victime présumée comme si ceci pouvait mener à expliquer l'inexplicable. Dans une démarche de traitement de suspicion d'abus, l'élément clé à évaluer doit être d'abord et avant tout l'intentionnalité de l'agresseur présumé avant d'entamer la question du consentement/ non consentement de la victime présumée.

Aussi**,** ne faut-il pas oublier que **la dimension factuelle** doit rester centrale dans un premier temps lorsqu'une personne confie à un intervenant une problématique évoquant une situation d'abus. Sans savoir, à ce stade, ce qui est réel et sans savoir si cette situation pourrait donner lieu à un dépôt de plainte, avoir une représentation la plus claire possible des faits constitue un point de départ indispensable pour garantir un accompagnement approprié des résidents.

A cela vient s'ajouter **la dimension clinique**. Il appartient à chacun des intervenants, dans le cadre strict de l'exercice de leur fonction, de connaitre le mode de fonctionnement du résident. Expérience faite, il n'est pas rare de constater qu'un certain nombre de personnes accueillies dans l'institution ont pu vivre dans le passé une expérience d'intrusion et d'effraction des limites personnelles, que celle-ci soit intentionnelle ou non, qu'elle concerne le passé institutionnel, scolaire, social ou familial dans certain cas.

Si on se réfère aux statistiques montrant qu'il y a globalement peu de victimes qui entreprennent une démarche, ne fut-ce même que le fait d'en parler à un proche, on peut raisonnablement penser que chez les personnes en situation de handicap la proportion puisse être encore plus élevée.

Dès lors, certaines personnes gardent malgré elles à l'esprit des souvenirs encombrants qui, faute d'avoir été pris en charge au bon moment de manière adéquate, se ravivent dès qu'une sollicitation rappelle de près, de loin ou de très loin un élément lié à la mémoire traumatique. Dès lors, la peur de la reviviscence de la peur amène des distorsions perceptives dont il ne faut pas minimiser l'impact.

D'autres personnes sont en pleine découverte de leur sexualité et si dans la population normale, l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle se fait principalement par les pairs… et par Internet aujourd'hui… les personnes en situation de handicap sont bien souvent confrontées à une certaine solitude par rapport à ce thème. Ce manque d'échanges formatifs *inter pares* conjugué à l'incompréhension inhérente au handicap mental peut aussi rendre difficile la découverte de ses aspirations à rencontrer l'autre et en retour la compréhension des attentes de celui-ci.

Enfin, bon nombre de situations traitées mènent au constat que l'activation de la procédure interne de traitement de suspicion d'abus aurait pu être évitée en amont par une action éducative adéquate. La prévention par l'éducation, la formation et l'interdisciplinarité reste ce qu'il y a de mieux à faire.

Etant donné que c'est par l'expérience que l'on apprend le plus efficacement, ce qui est d'autant plus vrai quand les capacités d'abstraction sont déficitaires, l'intervenant de première ligne peut, grâce à une bonne connaissance du projet VRAS de l'Institution, apprendre au résident à pouvoir se situer par rapport à l'autre, à adopter une juste distance ou proximité relationnelle, à accepter et accueillir l'attente de l'autre ou à la refuser, à développer détermination et assertivité, à connaitre son corps…

Le traitement d'une suspicion d'abus

Il est inadéquat d'utiliser le mot « plainte » pour qualifier la démarche d'une personne ou d'un accompagnant visant à faire connaitre une situation d'abus suspecté. En effet, ce terme doit pouvoir rester exclusivement usité dans les situations où une action est à mener auprès de la justice.

Pour toute autre situation et dans un premier temps, il serait plus judicieux de parler de « réclamation » pour deux raisons :

- La procédure à suivre en cas de suspicion et en cas de réclamation est globalement la même. Une écoute et un accueil sont indispensables, une vérification doit être faite, un traitement de la demande doit avoir lieu, et celle-ci doit être suivie d'une prise en charge et enfin d'une évaluation.
- La désignation d'un garant est indispensable pour assurer la responsabilité de la prise en charge.

Enfin, il est nécessaire de distinguer deux cas de figure :

- Le premier concerne la suspicion d'abus d'un ou plusieurs résidents sur un ou plusieurs autres résidents. (Guidelines A). **Référentiel andragogique et/ou pédagogique p.73**
- Le second concerne la suspicion d'abus d'un membre du personnel sur un ou plusieurs résidents (Guidelines B). **Référentiel andragogique et/ou pédagogique p.78**

Annexe 8 – Charte d'utilisation d'Internet

Préambule

Cette charte a pour but de définir les conditions générales d'utilisation d'Internet pour les bénéficiaires au sein des foyers d'hébergements du Centre Reine Fabiola, dans un contexte d'accompagnement éducatif, de sensibilisation et de responsabilisation.
Cette charte formalise les relations entre la Direction et les bénéficiaires utilisateurs en précisant les droits et les devoirs de chacun. Elle complète le Règlement d'Ordre Intérieur en vigueur.
Le Centre Reine Fabiola n'est pas responsable des aspects techniques de l'utilisation d'Internet par ses bénéficiaires. Aucune protection informatique n'est mise en place.
Néanmoins, un contrôle pédagogique de l'utilisation par un membre de la Direction ou un membre du personnel mandaté est toujours possible. L'objectif est de contribuer le plus efficacement possible au respect de la législation mais aussi de garantir une utilisation socialement et moralement acceptable.

Le Centre Reine Fabiola se réserve le droit :

- de modifier la charte d'utilisation d'Internet et d'en informer les bénéficiaires ;
- d'interrompre toute connexion Internet dont l'usage ne respecterait pas les règles énoncées dans la charte ;
- de réguler l'utilisation en cas d'addiction, afin de rétablir un usage raisonnable et limité dans le temps.

Conditions d'accès

- Toute personne peut s'informer auprès de l'équipe pédagogique de la possibilité de se connecter à Internet. L'entièreté des frais d'installation et d'abonnement liés à cette connexion est supportée par l'utilisateur.
- Une analyse de la demande, en ce compris une évaluation de base des compétences nécessaires à l'utilisation d'Internet est faite par le Service de Formation Permanente qui préconise, le cas échéant, de suivre une formation préalable.

Usages autorisés

- Navigation sur le web
- Messagerie personnelle.

Engagements de l'utilisateur

- respecter la législation en matière de production, consultation, stockage et diffusion de documents ;
- respecter les utilisateurs des réseaux sociaux et des services numériques ;
- ne pas exercer de commerce électronique (demander autorisation au mandataire) ;
- respecter la législation sur la propriété littéraire et artistique, le droit des auteurs des œuvres consultées sur Internet, et notamment :
    - ne pas reproduire des œuvres sans l'accord de leur auteur et sans la mention de son nom, que la reproduction soit totale ou partielle, gratuite ou payante (code de la propriété intellectuelle) ;
    - ne pas diffuser des informations appartenant à des tiers sans leur autorisation ;
    - mentionner les sources, dans tous les cas, lors de l'utilisation d'information de tiers.

Il est ainsi notamment interdit

- de porter atteinte à la vie privée d'autrui ;
- d'exprimer diffamations et injures ;
- de pousser des mineurs à commettre des actes illicites ou dangereux, de favoriser la corruption de mineurs, d'exploiter l'image d'un mineur qui présente un caractère pornographique ;
- de diffuser des messages à caractère violent ou pornographique susceptibles d'être perçus par un mineur ;
- d'inciter à la consommation de substances interdites ;
- de provoquer crimes, délits ou suicide ;
- de pousser à la discrimination, à la haine notamment raciale, ou à la violence ;
- de faire l'apologie de crimes, notamment meurtre, viol, crime de guerre et crime contre l'humanité;
- de nier les crimes contre l'humanité.
- de pirater des logiciels

Annexe 9 – Procédure en cas de décès

A FAIRE EN URGENCE

- Prendre les mesures d'urgence qui s'imposent (appeler le 112, un médecin...).
  Médecin de garde : 065/31.20.00
- Sécuriser les bénéficiaires qui se trouvent sur place

QUI INFORMER RAPIDEMENT ?

- **Le Chef de groupe, l'Adjoint de Direction**, **l'Adjoint de direction Responsable médical, la Direction Pédagogique. L'Adjoint de Direction prévient aussi les autres Chefs de groupe de l'organisation.**
- Le **docteur référent** de la personne (mise en relation éventuelle avec le confrère)
  - ✓ Dr Philippe BONJEAN : 0476/30.49.61
    (Maladrée, Mouligneau, Godimont, Gradine, villa, Logis.)
  - ✓ Dr Guy DRUART : 067/33.09.90 ou 0475/38.09.31
    (Reverdie, Hameau, Garnisteau)
  - ✓ Dr Delphine RENAUX : 0483/61.84.30
    (Tourelles, Résidences, Appartements supervisés, Masy, Motte)
- **Quelles informations donner ?**
  - Sources (d'où et de qui l'information vient-elle ?)
  - Heure du décès
  - Lieu exact (adresse)
  - Téléphone de contact
  - Circonstances
  - Personnes présentes
  - Nom et coordonnées du médecin qui a effectué le constat et rédigé le certificat de décès
  - Eventuellement : préciser si un service d'urgence est intervenu et donner ses coordonnées
    - ➢ 112 ?
    - ➢ Police de ?
    - ➢ Service incendie de ?
    - ➢ Hôpital de ?
- Contacter **les pompes funèbres** qui sont disponibles 24h/24. Funérailles de la Haute Senne : 067/33.27.47. Ils viennent chercher le corps et le transfèrent au funérarium de Soignies.
  0479/81.32.95 (Mme Siraux) 0485/62.72.24 (Mr Michot).
- Prévenir **le Service social** dès que possible ou le lendemain matin si le décès est survenu la nuit.
- Prévenir **la famille** : cette démarche se fait soit par un membre du personnel du foyer d'hébergement soit par un membre du Service social, de commun accord.

PREMIERES DEMARCHES AU SEIN DU FOYER D'HEBERGEMENT

- La toilette mortuaire est réalisée par les pompes funèbres ou l'équipe soignante
- L'équipe éducative prépare la tenue mortuaire et aménage la chambre : allumer une bougie, éliminer les objets médicaux, couper le chauffage, aérer la pièce…

QUI INFORMER ENSUITE ?

L'équipe ou le chef d'équipe prévient **les autres équipes** :

- Les ateliers de jour
- Les foyers d'hébergement
- Le Service communication (qui rassemblera les photos du défunt et réalisera le fairepart et le livret pour la cérémonie)
- Le Service médical
- Le Secrétariat de l'équipe andragogique/ pédagogique
- Le Service de Psychologie & Canopée, Sefope & Agora
- Les responsables des services administratifs et techniques
- Le responsable du Clean Service pour qu'il informe son équipe associée à l'hébergement.

Informer **les bénéficiaires**

- Au sein du foyer d'hébergement concerné.
- Via les chefs d'équipe dans les autres foyers d'hébergement. Accorder une attention particulière aux membres du personnel ou aux personnes qui ont bien connu le défunt.
- Au sein de l'atelier de jour concerné. Si la personne a quitté son lieu de travail, même depuis longtemps (pension, maladie), il est important de donner l'information.

Le foyer d'hébergement, en collaboration, avec le Service de soutien social et administratif aux personnes accueillies et l'Assistante de Direction Générale, établit une liste des **autres personnes à prévenir.** Ensemble, ils déterminent qui appelle qui. Se poser la question de qui a été une référence pour le défunt : anciens membres du personnel, autres familles…

SOUTIEN DE L'EQUIPE CONCERNEE

Il peut être proposé par :

- La Direction, l'Equipe andragogique/ pédagogique, le Service de psychologie & Canopée, le Service médical
- Sefope & Agora
- Proposer éventuellement une aide éducative supplémentaire

REALISATION ET DIFFUSION DU FAIRE-PART

Il doit être diffusé dans les deux jours ouvrables qui suivent le décès.

- Service communication : rassembler toutes les **photos** de la personne.
- Foyer d'hébergement : passer au service communication avec une clé USB pour copier les photos ou demander un envoi par wetransfer.
- Secrétariat équipe pédagogique : envoyer les **panégyriques** de la personne décédée au service communication (informations pertinentes pour la rédaction du faire-part).
- Foyer d'hébergement : proposer au service communication 2 ou 3 photos dans lesquelles un choix sera effectué pour le cadre à déposer sur le cercueil ou au funérarium et pour le faire-part. Proposer aussi éventuellement une autre photo et quelques mots pour le souvenir qui sera distribué lors des funérailles.
- Foyer d'hébergement : fournir, dans les 24 heures suivant le décès, un texte ou des idées de base qui serviront pour la rédaction du faire-part ainsi que des noms de personnes ressources à contacter pour avoir plus d'informations sur **la personnalité et le parcours du défunt** dans l'institution.
- Service de soutien social et administratif aux personnes accueillies : donner au service communication les **informations pratiques** concernant les funérailles. Lieu, date, heures…
- Service communication : rédiger le **texte définitif du faire part** en collaboration avec l'Assistante de Direction générale ou l'Assistante de Direction Administrative, en faire la mise en page et en distribuer un par association via le secrétariat de l'équipe pédagogique.
- L'Assistante de Direction générale ou l'Assistante de Direction Administrative : envoyer le faire-part par mail aux équipes et aux pompes funèbres pour qu'ils l'affichent à l'entrée du funérarium à Neufvilles (demande des habitants). L'envoyer aussi à la sacristie et au secrétariat paroissial s'il y a une cérémonie religieuse.

PREPARATION DES FUNERAILLES EN COLLABORATION AVEC LE SERVICE DE SOUTIEN SOCIAL ET ADMINISTRATIF AUX PERSONNES ACCUEILLIES ET LE SERVICE COMMUNICATION

Plusieurs formules de funérailles sont possibles

- Enterrement civil :
  - ➢ Funérarium, éventuellement crématorium et cimetière
  - ➢ Funérarium, cérémonie civile avec prise de parole organisée par le foyer d'hébergement et/ou la famille, éventuellement crématorium et cimetière
- Cérémonie religieuse catholique :
  - ➢ Funérarium, messe, éventuellement crématorium et cimetière
  - ➢ Funérarium, bénédiction, éventuellement crématorium et cimetière
  - ➢ L'une ou l'autre formule suivie par une cérémonie organisée par le foyer d'hébergement et/ou la famille
- Autre formule liée à une autre religion

Les retours de deuil sont à organiser si possible au sein du foyer d'hébergement.

Le Service de soutien social et administratif aux personnes acceuillies.

- Prendre connaissance des éventuelles **dernières volontés** du défunt et/ou du contrat obsèques, s'il y en a un, et prendre **contact avec la famille et/ou l'Association tutélaire qui suit la personne**. Les familles et/ou Tutelles doivent prioritairement être associées à toutes les étapes liées au contenu et au déroulement des funérailles : type de funérailles, prise de parole durant la cérémonie, souhaits particuliers, rapatriement du corps… Vérifier si la personne décédée a fait part au service social de ses dernières volontés. Si le décès survient durant le week-end, les mandataires judiciaires ne sont pas accessibles. Donner alors l'information le 1er jour ouvrable qui suit le décès.
- Informer les **pouvoirs subsidiants** : Conseil Départemental, Maison Départementale des Personnes Handicapées, AVIQ, Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
- Décider d'une **date pour les funérailles** en collaboration avec le foyer d'hébergement et la famille, et recontacter les pompes funèbres pour confirmer la date et les heures de visite.
- Soutenir et accompagner la famille.

Le foyer d'hébergement (Chef de groupe, Chef éducateurs ou mandataire)

- **Contacter les intervenants extérieurs** pour confirmer leur disponibilité pout la date proposée :
  - Funérailles religieuses à Neufvilles : contacter le Secrétariat Paroissial : 067/33.26.68 – Le prêtre Philippe Casterman - 0476/51.81.28 ou l'Abbé Christian Dubois, Doyen principal -067/33 26 68 (Secrétariat paroissial) - chdub@skynet.be
    Heure de la messe : idéalement à 10h30, si le résident est enterré à Neufvilles et à 11h00, si le résident est enterré dans un autre cimetière.
  - Cérémonie laïque : contacter l'équipe laïque de la Maison de la laïcité de Soignies. Contact : Jeanine Rondeaux - 0475/81 38 37 - j.rondeaux48@gmail.com

- Organiser, dès que possible, un **moment d'échange** avec la famille, le prêtre ou l'équipe laïque, un membre du service social, éventuellement une personne de référence du foyer d'hébergement.
- Organiser un **moment de recueillement et d'expression avec le groupe des personnes les plus proches** du défunt (foyer, atelier, ...). Récolter des expressions, éventuellement des dessins qui seront utilisés lors du retour de deuil.
- Contacter **les membres du personnel les plus proches** pour leur demander s'ils veulent écrire un texte d'hommage qui sera lu à la cérémonie des funérailles ou lors du retour de deuil.
- Trier les photos pour la diffusion lors de la cérémonie et/ou du retour de deuil.
- Commander **fleurs** et couronnes pour les funérailles.
- Prévenir le Clean Service s'il y a une cérémonie au Forum.
- Préparer un chevalet, la photo encadrée, un écran, un ordinateur, un câble pour les relier…
- Prévoir une présence au funérarium et l'accompagnement des habitants du foyer à la cérémonie.

LE JOUR DES FUNERAILLES

- Déposer les fleurs et l'agrandissement photo au funérarium.
- Avant la cérémonie le matériel à l'église de Neufvilles ou au lieu de la cérémonie
  Si l'église est fermée, appeler Mme Maquestiau 067/33 39 94.
- Le service social et le foyer d'hébergement s'accordent pour décider qui accueille la famille.
- Le foyer d'hébergement organise les transports et l'encadrement des personnes aux funérailles.
- Un retour de deuil est prévu avec les personnes les plus proches.
- Distribution des cartes souvenir ou d'un objet symbolique ou significatif.

APRES LES FUNERAILLES

- Foyer d'hébergement : porter les chèques du bénéficiaire à la banque pour clôturer les comptes argent de poche et épargne.
- Foyer d'hébergement ou Service social : remettre les effets personnels à la famille, éventuellement suivant les désirs du défunt.
- Foyer d'hébergement et atelier de jour : rester attentif à l'impact du décès sur l'équipe, au soutien apporté à l'équipe, mais si besoin, interpeller le Service de psychologie.
- Les équipes éducatives et les mandataires : accompagner les personnes touchées par le décès et rester vigilant par rapport aux étapes du deuil chez les usagers, et si nécessaire, faire appel au Service de psychologie. Un outil est aussi disponible pour les équipes au Sefope/ Agora : « Valise Funérailles ».
- Service de soutien social et administratif aux personnes accueillies : accompagner la famille après les funérailles. Certaines familles désirent garder un lien.

Annexe 10 – Le Référent Qualité au sein du Centre Reine Fabiola

Lettre de mission

La France et le Gouvernement Wallon ont le même dessein.

La Loi française n°2002-2 (2 janvier 2002) inscrit la démarche qualité dans le secteur social et le médico-social. Elle rend donc obligatoire :

- La mise en place d'outils[8] et de dispositifs permettant une meilleure prise en compte de la personne en situation de handicap, de ses besoins et attentes.
- L'évaluation et l'amélioration continue des activités et de la qualité des prestations.

L'arrêté du Gouvernement Wallon du 25 avril 2019 (publiée le 12 juillet 2019) est relatif au projet de service et au contrat d'objectif. Le contrat d'objectif est un document par lequel les services développent la stratégie qu'ils comptent mettre en œuvre dans les six années à venir de manière à améliorer la qualité des prestations offertes à leurs usagers.

Fondée sur un engagement fort de la direction, la démarche qualité nécessite la mise en place d'une politique et d'un suivi qualité dont le référent est l'élément moteur, en termes de veille, d'animation et de coordination. Le directeur général de l'établissement est le responsable et le garant de la démarche qualité et de son évaluation.

La démarche qualité est basée sur un processus d'amélioration continue en 4 étapes :

- L'état des lieux (évaluer, analyser le fonctionnement)
- La planification (déterminer les priorités et les actions d'amélioration)
- La mise en œuvre (réaliser les actions d'amélioration)
- Le suivi et l'actualisation régulière (mesurer les améliorations, suivre les démarches)

Descriptif de fonction

Le référent qualité contribue à l'amélioration continue de l'organisation.

Il est chargé d'effectuer une analyse et un diagnostic du fonctionnement de l'organisation par rapport à l'ensemble des parties prenantes (cf. cartographie des parties prenantes dans le contrat d'objectif) : estimation du niveau de qualité de l'établissement à un moment donné en vue de répondre à son objet social et aux besoins des usagers dans des conditions et de manière optimales.

Il collabore au besoin à l'élaboration de plans d'actions en accompagnant l'ensemble des acteurs de l'organisation, avec le soutien des « relais qualité » en vue d'atteindre cet objectif d'amélioration continue.

Cette mission suppose de :

- Assurer le déploiement de la politique d'amélioration continue fixée par la Direction, dans le respect des attentes réglementaires.
- Accompagner les équipes dans les changements induits par cette démarche en vue de faire évoluer le système qualité t améliorer son efficacité.

[8] Le Contrat de séjour ; le projet d'accompagnement (Belgique : Projet de Vie) ; le livret d'accueil, le Projet d'établissement ou de service (Belgique : Projet Pédagogique) ; le Règlement de fonctionnement ; la charte des droits et libertés ; le Conseil de la vie sociale (Belgique : Conseil des Usagers) ; le Règlement d'Ordre Intérieur (Belgique)

La « démarche qualité » se veut donc une dynamique de progression.

Le référent qualité justifie d'une bonne connaissance des méthodes et outils qualité. Il met à profit les techniques de communication notamment pour fédérer autour de ses missions et rallier l'ensemble des professionnels et des partenaires autour des objectifs à atteindre.

Supérieur hiérarchique direct : Directeur Général
Postes collatéraux : tous les membres du personnel du Centre Reine Fabiola

Mandats du référent qualité

- Participer à la conception des plans d'actions de la politique qualité ; la faire évoluer et améliorer son efficacité.
- Exploiter le référentiel qualité
- S'assurer de la compréhension et de l'exploitation optimale des outils par les acteurs de l'organisation
- Accompagner les membres du personnel « relais qualité » et les équipes
- Coordonner les actions d'évaluation des pratiques et des audits qualité.
- Définir les outils de gestion de la qualité (documentation, bibliothèque, indicateurs, procédures…) et les valider.
- Animer et faire vivre un projet de démarche qualité et d'amélioration continue dans l'ensemble de l'organisation.
- Assurer une veille normative et règlementaire en matière de démarche et d'exigences qualité.
- Assurer la formation et l'assistance méthodologique aux intervenants concernés.
- Organiser et maintenir le système de management de la qualité.
- Préparer la démarche de certification (audit interne et externe)

Aptitudes requises du référent qualité

Qualités requises

- Esprit d'entreprendre
- Esprit d'analyse et de synthèse
- Curiosité et capacité d'initiative
- Grande capacité de communication
- Sens de l'écoute
- Résistance au stress
- Créativité et souplesse
- Acceptation de la critique
- Sens de la réserve – discrétion absolue

Connaissances et compétences requises

- Connaissance approfondie de l'ensemble des activités de l'organisation tous secteurs et services confondus et le fonctionnement de chaque service.
- Référentiel qualité.
- Référentiels du Centre Reine Fabiola.
- Référentiels du secteur.
- Démarche, méthodes et outils de management de la qualité.
- Outils de communication

- Méthodologie, pédagogie en lien avec la création de modules de formation (accompagnement des professionnels)
- Maîtrise des contours et des limites du secret professionnel (partagé)

Savoir-faire

- Utilisation des outils de management de la qualité ou de l'évaluation
- Recherche et exploitation de sources d'informations
- Animation de groupes de travail
- Utilisation des techniques d'enquête
- Utilisation des outils bureautiques
- Utilisation de la méthodologie de conduite de projet
- Utilisation de la méthodologie d'audit interne

Centre Reine Fabiola

455, Rue de Neufvilles
B-7063 Neufvilles
+32 (0)67 33 02 25

www.centrereinefabiola.be