



Le Ponceau

Projet pédagogique

Historique :

Le Ponceau est un service de logements supervisés (SLS) initié et organisé par l'A.S.B.L. Centre Mutien Marie (EE166). Il fait partie du secteur accueil-hébergement. Il est agréé et subsidié par l'AViQ (Agence pour une vie de qualité) pour 14 personnes sous le numéro de matricule MAH 436.

Le service propose un accueil, un soutien et un accompagnement de la personne en situation de handicap dans son milieu de vie (son logement) en vue de favoriser le développement de son autonomie et son inclusion au sein de notre société.

Le SLS est destiné aux personnes en situation de handicap mental, adultes (au-delà de 18 ans) qui présentent des capacités d'autonomie et qui ont besoin pour certaines raisons, d'une aide et d'un suivi éducatif soutenu, non permanent. Un handicap physique et/ou sensoriel peut être associé.

Finalité du service :

L'équipe pluridisciplinaire veille en permanence à l'intégrité physique, psychologique et sociale des résidents. Ce soutien peut se traduire dans toutes les sphères de la vie quotidienne. Cela nécessite de développer une approche qui relève de l'humain et de l'attention à l'autre en tant que personne, dans le respect de son identité propre. Notre éthique nous impose d'obtenir la collaboration du bénéficiaire pour la réalisation de son accompagnement.

Notre approche est globale et pluridisciplinaire. Elle nous amène à travailler avec le réseau proche de la personne suivie. Cela permet de mutualiser la démarche d'accompagnement et de bénéficier de l'expertise des familles et des services partenaires afin d'améliorer la qualité de notre accompagnement.

Quel que soit le réseau collaborant, nous respectons le secret professionnel des informations recueillies et nous nous assurons qu'elles soient stockées en toute sécurité.



Conditions d'admission :

Afin de bénéficier de notre service, la personne doit :

1. Présenter un handicap pour lequel le service est agréé et obtenir une reconnaissance de l'AVIQ. Elle peut présenter un handicap mental léger ou modéré. Un handicap physique et/ou sensoriel peut être associé ;
2. Avoir plus de 18 ans et moins de 65 ans lors de l'introduction de la première demande d'intervention ;

Lorsque la personne est accompagnée par notre service, elle devra être domiciliée sur le territoire que nous couvrons. Le choix du lieu de vie dépend des besoins spécifiques de la personne en situation de handicap et de ses préférences individuelles. Il est cependant recommandé de prendre en compte des facteurs tels que l'accessibilité, la mobilité, la proximité des services médicaux, le réseau de soutien, les magasins, la culture, ... et de consulter des professionnels du service et d'autres personnes partageant des expériences similaires pour prendre une décision éclairée.

Pour être admissible dans le service, le bénéficiaire (et/ou son représentant légal) doit signer la convention de séjours, le règlement d'ordre intérieur et s'engager à formaliser son projet individualisé. Celui-ci est un enjeu indispensable pour les personnes en situation de handicap. Il permet de construire un avenir et de se projeter dans le futur avec confiance et sérénité. Il vise à développer un parcours adapté avec les services médico-sociaux, les familles et le réseau.

Le bénéficiaire n'est pas obligé d'être en activité de jour dans un SAJA. Il peut avoir des activités extérieures et une mise en activité est recommandée par le service.

Le travailleur s'engage à accompagner le résident dans le cadre du respect de son autonomie, de sa dignité et de son projet de vie. Il doit aussi veiller à préserver la sécurité, la santé et le bien-être. Il doit enfin agir dans le cadre légal et déontologique de sa profession.

Le résident s'engage à respecter le règlement intérieur, la convention signée à l'entrée de service. Il respecte les droits des autres résidents et du personnel. Il s'engage à tout mettre en œuvre pour atteindre les objectifs visés dans son projet personnel en travaillant en étroite collaboration avec les professionnels et le réseau.



Méthodologie d'admission et de suivi :

1. Contact initial :

La première démarche consiste à prendre contact avec le service par courrier, par mail ou par téléphone. Les premiers échanges peuvent avoir lieu alors que le bénéficiaire est déjà dans un logement, chez ses parents, dans un service ou tout autre endroit où il est domicilié. Le professionnel en charge du premier contact l'encouragera à partager sur son parcours et sa demande sans pour autant être intrusif. C'est aussi le moment de vérifier les critères d'éligibilité.

2. Évaluation des besoins et demandes :

Si les critères d'admission sont atteints, une première rencontre est organisée. Avec l'accord du futur résident et selon les situations, l'équipe prend le temps d'échanger avec lui et/ou son réseau proche (cela peut comprendre aussi des professionnels intervenant à domicile) afin de discuter de ses demandes, besoins, projet, informations le concernant. Cela va permettre de repérer les habitudes de vie, reconnaître ses compétences, son expertise, etc. Le service réalise une analyse des demandes qui prend en considération le domicile, le handicap, la nature de la demande, ...

3. Demande d'inscription :

Si les besoins et les attentes correspondent à une prise en charge par le SLS, il y a une inscription sur la liste d'attente.

4. Admission dans le service :

L'admission au Ponceau se fait en fonction des disponibilités et de l'adéquation entre les besoins de la personne en situation de handicap et les services offerts par le SLS.

5. Mise en place d'un projet personnel :

Une des phases de l'accompagnement est la définition du projet personnel. Indispensable dès les premiers mois de l'entrée du bénéficiaire dans le service, ce moment est la base de l'analyse et définition des premiers objectifs d'un projet de vie personnel. Cette démarche est construite avec lui, l'équipe pluridisciplinaire et parfois le réseau. Il est indispensable que le résident soit informé en permanence de la raison de l'accompagnement du service, des tâches que chacun va effectuer et des objectifs attendus. L'échec de l'atteinte d'une tâche n'empêche pas la continuité du travail social. Nous le considérons comme un outil pour opérationnaliser des changements, pour penser



l'avenir et pour s'adapter aux besoins des bénéficiaires et des partenaires. Son projet peut être révisé, ajusté ou interrompu autant de fois que nécessaire et revu au minimum une fois par an par le biais de réunion pluridisciplinaires.

Parce qu'il traite de tous les aspects de la vie courante et du besoin en soins de la personne en situation de handicap, le projet personnalisé est une approche holistique qui nécessite l'implication de l'ensemble du personnel. Il donne du sens et se développe notamment à partir des grandes étapes et des événements importants de la vie, des passions et aspirations, de la capacité d'adaptation, et bien sûr, selon l'état de santé de la personne concernée.

Il est important que le bénéficiaire trouve ses propres solutions à son autonomie. Cela favorise le renforcement de sa capacité d'agir sur sa propre vie. Cela contribue à son estime de soi et à son sentiment de contrôle sur son environnement. Lorsqu'il trouve ses propres solutions, il développe des stratégies adaptées à ses besoins spécifiques et à ses préférences, ce qui augmente l'efficacité et la pertinence des solutions mises en place. Enfin, cela permet une meilleure intégration sociale car il est plus à même de participer activement à la société.

6. Orientation, réorientation et fin du projet :

Dans le parcours du résident, une réorientation vers un lieu ou un accompagnement plus adapté à la situation est toujours possible. Ce changement de direction peut survenir lorsque l'accompagnement de son projet de vie devient impossible par l'équipe. Cela peut survenir lorsqu'il décide de changer ou de ne plus suivre son projet de vie initial ou encore lorsque les demandes (médicales ou comportementales) deviendraient trop spécifiques pour le service.

De même, si son autonomie est suffisante, l'action du service peut bien évidemment s'arrêter suivant les modalités établies dans la convention de séjours signé au départ.

Des mesures de protections extérieures au service (administrateur provisoire de biens de la personne, administrateur de la personne, personne de confiance) peuvent être proposées dans l'intérêt du résident et en fonction des situations vécues. Cela peut s'avérer utile pour assurer et garantir un bien-être social, médical et financier.

Les services du centre Mutien Marie dont le Ponceau sont des services qui répondent aux mieux aux besoins des citoyens et se fondent sur les principes de solidarité et d'égalité d'accès. Nos services ont des limites que ce soit en termes de financement ou de ressources disponibles. Nous devons



suivre des règles et des réglementations strictes pour garantir que notre approche soit fournie de manière équitable et avec qualité.

Enfin, encourager l'autonomie des personnes handicapées est un moyen de promouvoir une société plus inclusive et respectueuse des différences, où chaque individu peut être reconnu pour ses compétences et respecté pour ce qu'il est.

Les missions du Service Ponceau :

Le service de logement supervisé vise l'autonomie de la personne en situation de handicap à partir de 18 ans, par l'apprentissage des actes de la vie quotidienne en individuel ou en collectif, en interne ou en externe.

Nos objectifs sont le développement de ses compétences pour augmenter ses possibilités de choix, d'autonomie et d'inclusion. Nous désirons qu'elle se sente valorisée, respectée et intégrée dans notre société. Cette mise en œuvre passe par un travail qui prend en considération les forces et les difficultés de chacun. Cela passe également par une démarche contextualisée et adaptée à la réalité de tous les jours. Notre démarche est aussi dynamique, c'est le bénéficiaire qui reste acteur du développement de son projet.

Nous désirons outiller les personnes en situation de handicap, leur offrir des pistes de réflexion, les accompagner à l'élaboration et la mise en place de leurs propres solutions, stratégies et adaptation dans leur vie quotidienne. Notre démarche est de permettre au bénéficiaire de développer au maximum ses possibilités d'autonomie afin de garantir une meilleure inclusion sociale. Elle s'effectue par le biais d'un accompagnement professionnel adapté au public du service.

Le travail éducatif et social se décline à travers les différentes sphères de vie du bénéficiaire afin qu'il développe des compétences dans les actes du quotidien. Nous identifions les sphères suivantes :

- **Sphère financière :**

Apprendre à gérer son argent. Sensibiliser et responsabiliser le bénéficiaire par rapport à ses dépenses. Création d'un budget personnalisé, démarches auprès des banques, rencontre avec l'administrateur provisoire de biens, ...,

Informar et soutenir le bénéficiaire et sa famille sur les mesures de protections tel qu'administrateur de biens provisoires et administrateur de la personne.



- **Sphère des droits sociaux :**

Maintenir ou acquérir les droits à la sécurité sociale, aux soins de santé, à la protection contre la maladie ou l'invalidité ainsi que les allocations diverses pour personnes en situation de handicap (inscription mutuelle, changement d'adresse, ouvertures des droits auprès du service public fédéral, ...)

- **Sphère de l'organisation de la vie quotidienne :**

Repérer les différents moments de la journée (matin, midi, soir, nuit) et établir les activités des personnes en correspondance. (Cuisine, courses, nettoyage, lessives, repassage, ...),

Soutenir la personne à se repérer dans son environnement et s'y déplacer. (Découverte de son lieu de résidence et de ses alentours, utilisation des transports en communs, mise en place du taxi social, ...)

- **Sphère de la santé :**

Veiller au maintien d'une bonne santé physique et psychologique. Rendez-vous médicaux, achats à la pharmacie, sensibilisation autour de l'hygiène, prévention alimentaire (repas sains et équilibrés, ...)

- **Sphère de l'inclusion sociale dans son environnement :**

Susciter et soutenir l'insertion sociale en milieu ouvert au-delà des différences. La recherche d'une activité professionnelle ou de volontariat, la recherche de loisirs, la recherche d'un logement, ...

- **Sphère de l'aide matérielle :**

Améliorer l'indépendance et les compétences techniques du bénéficiaire en fonction de ses besoins, mais aussi de ses forces, ses limites et ses difficultés. Création et utilisation d'une liste de course imagées, agenda personnalisé, matériel adapté, ...

- **Sphère individuelle :**

Permettre à la personne de poser des choix, de développer son identité, de développer l'estime de soi et du bien-être.

- **Sphère familiale :**

Travailler en synergie avec la famille du bénéficiaire pour le soutenir dans son projet d'autonomie.

- **Sphère réseau :**

Développer, améliorer ou maintenir le réseau autour de la personne à travers des interactions, des rencontres, des échanges, des collaborations et des activités communes.



Moyens :

1. Convention d'accueil :

La convention d'accueil est un contrat conclu entre le bénéficiaire et/ou son représentant légal et notre service. Il fixe dès le départ, les relations entre lui et le centre Mutien Marie, service le Ponceau. Au-delà de mettre en évidence les droits et devoirs de chacun, la convention met l'accent sur l'engagement des parties.

Cet engagement personne/service nous semble essentiel. Nous souhaitons mettre en place une politique de responsabilité de chacun. Le bénéficiaire et le service entament, créent ensemble, une démarche d'accompagnement. Celle-ci a pour objectifs :

- De créer une relation d'apprentissage : l'engagement implique la création active de relations d'apprentissage afin de trouver des solutions au développement de l'autonomie du bénéficiaire ;
- D'influencer sur les processus de décision : la personne comme le service ont le choix de l'accompagnement et de sa méthodologie, afin de travailler ensemble les objectifs du projet personnel ;
- D'améliorer la qualité de service : L'engagement de la personne et du service peut contribuer à améliorer les procédures en répondant aux attentes de chacun ;
- De diminuer les risques : en prenant en compte les préoccupations et les intérêts de chacun.

L'engagement du bénéficiaire et du service est donc un élément clé pour adopter une approche responsable des activités.

La signature donne à chacun la qualité pour ratifier, accepter ou approuver la convention. Elle crée également l'obligation de s'abstenir d'actes contraires à l'objectif et au but du contrat.

2. Un projet personnel et individualisé :

Nous mettons en place un projet personnalisé pour chaque résident suivi dans notre service. Il suit une démarche participative impliquant la personne en situation de handicap, son entourage, et les professionnels du SLS. Cette collaboration permet de définir des objectifs clairs, de choisir les moyens appropriés pour les atteindre et d'évaluer régulièrement les progrès réalisés.

Il est donc un outil clé pour assurer que le service de logements supervisés offre un soutien adapté et efficace, contribuant ainsi à une meilleure qualité de vie pour les personnes en situation de handicap.

La mise en place d'un projet personnalisé dans un service de logements supervisés (SLS) est essentielle pour plusieurs raisons :



1. **Autonomie** : Le projet personnalisé vise à promouvoir l'autonomie. Il s'agit d'aider les résidents à gérer leur quotidien de manière indépendante, que ce soit pour la gestion du budget, l'hygiène, l'alimentation, ... ;
2. **Besoins individuels** : Chaque personne est unique et a des besoins spécifiques. Un projet personnalisé permet d'identifier et de répondre à ces besoins de manière ciblée ;
3. **Épanouissement personnel** : Le projet est conçu pour soutenir l'épanouissement social, culturel et personnel de l'individu, en lui offrant des opportunités de développement adaptées à ses capacités et à ses intérêts ;
4. **Intégration sociale** : Le projet aide à l'intégration sociale de la personne en situation de handicap, en favorisant sa participation à la vie communautaire et en renforçant ses liens sociaux ;
5. **Transition** : Pour ceux qui proviennent d'un autre service (résidentiel, accompagnement...) ou de chez leur parents, le projet personnalisé facilite la transition vers un logement supervisé, en travaillant en étroite collaboration avec le réseau proche ou l'équipe éducative du service pour assurer une continuité dans l'accompagnement ;
6. **Flexibilité** : Le projet est flexible et peut être ajusté en fonction de l'évolution des besoins et des souhaits du résident.

3. Suivis individuels :

Notre service organise une approche individuelle qui se base sur l'utilisation des compétences et de l'implication de la personne. Cela prend en considération le développement de la sécurité et de l'autonomie, une conscientisation des libertés et des contraintes de tous citoyens, une description des droits, des obligations et des interdits qui se développent avec le fait de vivre dans son logement, une interprétation de l'émancipation et normalisation de la personne dans notre société. L'ensemble visant à améliorer la qualité de vie de la personne vivant chez elle.

Les suivis individuels servent à différentes fins, en fonction du contexte et des besoins spécifiques du résident. Ils peuvent être utilisés pour :

- Établir une écoute active afin d'aider des résidents à résoudre les difficultés de la vie quotidienne, telles que les problèmes familiaux et relationnels ;
- Veiller au suivi médical et le bien-être des résidents ;
- Développer des moments d'apprentissage pour tendre vers l'atteinte des objectifs du projet personnel du résident.



Pour cela, nous :

- Déployons avec le résident des objectifs clairs : spécifiques et mesurables pour chaque bénéficiaire, ils doivent être adaptés et cohérents avec les compétences visées ;
- Utilisons des outils de suivi : des fiches individuelles, des feuilles de route ou des portfolios pour documenter les progrès des résidents ;
- Fournissons des retours réguliers : constructifs et objectifs sur leur évolution et leurs progrès. Cela peut se réaliser à travers la réunion pédagogique annuelle ou à tous moments où le besoin s'en fait sentir ;
- Encourageons l'autoréflexion : Il faut encourager le résident à réfléchir sur ses propres apprentissages, à identifier ses forces et ses faiblesses, et à fixer ses propres objectifs d'amélioration. Aider le résident à faire émerger leur propre solution.
- Promouvons la collaboration : Nous encourageons les bénéficiaires à partager leurs connaissances avec d'autres et à s'entraider mutuellement dans le développement d'apprentissage. Les activités collectives peuvent être l'occasion pour offrir un espace pour discuter des réussites, des difficultés et des préoccupations.

Le suivi individuel est consacré, entre autres :

- Liste d'activité collective et individuelle ;
- Réalisation de la liste de courses ;
- Accompagnement de la prise des médicaments ;
- Entretien hygiène personnel et du logement ;
- Réalisation de repas ;
- Accompagnement budgétaire et administratif ;
- Prendre les transports en commun ;
- Eviter l'isolement ;
- Accompagnement vers des activités de valorisation sociale ;
- Une sortie éventuellement progressive du bénéficiaire du service.
-

Cette liste est non exhaustive.

Le service propose un accompagnement individuel et personnalisé qui prend en considération le bénéficiaire dans sa globalité, son handicap, ses demandes et ses besoins, son réseau, sa santé....

La Fréquence de passage est alors définie en correspondance avec le projet individualisé du bénéficiaire. Elle peut être dégressive ou s'intensifier en fonction de l'évolution des apprentissages.

4. Activités collectives internes ou externes :

L'approche collective est un moyen de répondre aux objectifs individuels par le biais d'activités en groupe. Elle permet de rassembler les compétences et les ressources de plusieurs personnes pour atteindre un objectif commun. En travaillant ensemble, les personnes peuvent partager leurs



connaissances, leurs idées et leurs expériences, ce qui peut conduire à des solutions plus créatives, innovantes et mieux adaptées à la situation. L'approche collective favorise la coopération et le travail d'équipe, ce qui peut renforcer les relations entre les bénéficiaires du service.

Les thèmes des activités collectives se définissent en fonction des besoins des bénéficiaires mais aussi des compétences des intervenants. Quelques exemples d'ateliers : cours d'alphabétisation, sport (jogging, piscine, danse, ...), atelier bien-être et relaxation, apprentissage du code de la route, informatique, atelier de cuisine, jeux de société, Des activités ponctuelles et extérieures peuvent être proposées aux bénéficiaires.

Elles peuvent être également d'ordre récréatifs (bowling, BBQ entre résidents, sorties culturelles ...)

5. Travail familial :

Les familles ont une place importante dans notre approche. Ils jouent souvent un rôle crucial dans le soutien et l'accompagnement au quotidien. Ils contribuent significativement à l'amélioration de la qualité de vie de la personne handicapée et à son intégration sociale. C'est une source d'informations précieuses pour connaître l'histoire de vie, les connaissances d'outils et de compétences techniques. Cela permet de mieux comprendre les besoins et les intérêts du bénéficiaire. Il nous semble important de retracer le parcours de vie, en mettant en lumière les événements marquants, les relations significatives, les valeurs et les croyances qui ont façonné sa personnalité et son identité.

Nous pouvons également tenter d'apporter des pistes dans certaines situations familiales qui pourraient empêcher le développement du projet.

La collaboration du SLS avec les familles est un travail qui impacte le bénéficiaire et sa famille. Cette synergie peut aider à améliorer la qualité de vie de chacun.

Reconnaître l'investissement des proches, c'est rappeler le caractère indispensable de leur contribution dans le projet du bénéficiaire. Ils peuvent également être affectés par le handicap de leur proche et avoir besoin de soutien pour gérer leurs propres émotions et stress face à son projet d'autonomie. Les aider à prendre soin d'eux-mêmes est une étape importante pour maintenir une dynamique saine et soutenir efficacement la personne en situation de handicap.



Nous tentons de mobiliser les ressources de la famille pour améliorer ou faciliter le développement des capacités de la personne. Favoriser les échanges et les discussions, soutenir et ouvrir la réflexion autour du projet du bénéficiaire pour permettre son épanouissement.

6. Collaboration avec le réseau :

Nous développons une collaboration avec le réseau primaire afin de soutenir le bénéficiaire dans son projet d'autonomie.

Le travail en réseau autour de la personne vise à améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap en les intégrant dans notre société. C'est un travail collaboratif entre les différents acteurs du secteur social, médical, éducatif qui ont pour objectif commun d'offrir un accompagnement personnalisé et adapté aux besoins de chaque individu.

Le travail en réseau permet de favoriser la concertation, la collaboration sur le terrain, la mise en commun des pratiques dans certains suivis. Il permet ainsi d'optimiser les ressources disponibles et de répondre plus efficacement aux besoins des personnes en situation de handicap.

La réalisation de réunions ou moments d'échange tend à développer ou améliorer l'efficacité de notre démarche en éliminant les chevauchements et les doublons dans les services fournis

7. Eveil communautaire :

Le service doit encourager à développer une image positive de la personne en situation de handicap dans notre société.

Nous désirons être participant et renforcer l'engagement des communautés tel que les organisations locales, les autorités locales et régionales dans la mise en œuvre des programmes afin de développer une société plus inclusive tel que l'aménagement du territoire, la mobilité ou encore l'accessibilité à tous les services.

En somme, l'éveil communautaire est un moyen important de renforcer la participation citoyenne et de promouvoir le développement durable.



8. Equipe pluridisciplinaire :

Le SLS le Ponceau, c'est aussi une équipe pluridisciplinaire où les travailleurs agissent ensemble pour fournir des services personnalisés et complets répondant aux besoins uniques de chaque résident.

L'équipe pluridisciplinaire collabore pour :

- Élaborer un plan d'accompagnement personnalisé pour chaque résident, en fonction de leurs besoins et de leurs objectifs ;
- Participer avec le résident et/ou sa famille pour surveiller les progrès et apporter des ajustements au plan d'accompagnement si nécessaire ;
- Assurer une dynamisation de la vie des résidents en journée, en soirée et les week-ends, tout en maintenant, développant et enrichissant le réseau social et de loisirs de chacun ;
- Soutenir la gestion financière en collaboration avec les administrateurs de bien ;

9. Horaires :

Une présence est effective tous les jours de la semaine entre 8h30 à 19h15.

Des activités collectives sont organisées tous les samedi matin entre 9h00 et 13h00.

Le service est actif 24h/24 et 7jours /7.

En tant que service résidentiel, le SLS est tenu de rester disponible aux résidents 24heures/24. Etant donné les modalités d'hébergement, de logement des bénéficiaires, cette disponibilité est assurée en journée via le secrétariat de la ligne téléphonique fixe du SLS.

L'équipe éducative et sociale organise un système de garde téléphonique. Le bénéficiaire peut joindre un membre de l'équipe sur le GSM de garde, en dehors des heures de bureau (lundi au vendredi : avant 8h30 et après 16h00 et 24h/24 les Week end et jours fériés). Il est réservé aux urgences c'est-à-dire si la situation de sécurité, de santé touche une question vitale du bénéficiaire qui nécessiterait une intervention rapide. L'intervention n'est pas spécialement du chef du travailleur mais peut être une activation du réseau primaire et généraliste qui gravitent autour du bénéficiaire. Si besoin, il peut être communiqué aux services de soins en complémentarité du GSM du bénéficiaire.



Centre Mutien-Marie asbl