

# Dossier d'admission

# Tables des matières

1	<i>DOCUMENTS SOCIO-PEDA-MEDICAL A FOURNIR.....</i>	3
1.1	<i>Administratif .....</i>	3
1.2	<i>Médical.....</i>	3
1.3	<i>Socio-éducatif.....</i>	3
2	<i>TROUSSEAU VESTIMENTAIRE.....</i>	4
3	<i>RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS A COMPLETER .....</i>	6
4	<i>ACCORD PHOTO A COMPLETER .....</i>	9
5	<i>RENSEIGNEMENTS MEDICAUX A COMPLETER :.....</i>	10
6	<i>ACCORD INTERVENTION MEDICALE A COMPLETER.....</i>	16
7	<i>REGLEMENT D'ORDRE INTERIEUR .....</i>	17

# 1 DOCUMENTS SOCIO-PEDA-MEDICAL A FOURNIR

## 1.1 Administratif

1. le document « renseignements administratifs » complété
2. la **décision d'orientation de la MDPH (anciennement COTOREP)**
3. l'**accord de prise en charge des frais de séjour** aux aubépines,
4. une copie du jugement désignant la **tutelle** et / ou
5. une copie du jugement de « **majeur protégé** »
6. copie d'assurance responsabilité civile / familiale / *autre*
7. une copie **de la carte d'affiliation à une mutuelle** si affiliation (références), - *quelle couverture en cas d'hospitalisation ?*
8. la copie des données de la **carte vitale**
9. une copie du **montant de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH)**
10. une copie des **accords de Compensation du Handicap (PCH)** (frais de transports ; frais spécifiques ; aides humaines)
11. une copie du montant des **Allocations familiales (CAF)**
12. la carte **d'invalidité**
13. la **carte de stationnement** pour personnes handicapées
14. la carte d'identité
15. la **CEAM** (Carte Européenne d'Assurance Maladie) délivrée par la Sécurité Sociale,
16. une convention sera signée par les parties le jour de l'entrée

## 1.2 Médical

1. les **médicaments pour un mois** et leur posologie
2. les **langes** si nécessaire
3. le carnet de santé et la carte des **vaccinations**
4. le document médical complété
5. un bilan médical récent
6. un bilan sanguin récent
7. un bilan dentaire récent
8. un rapport complet sur **l'évolution de santé** depuis la naissance

## 1.3 Socio-éducatif

1. le dossier confidentiel complété
2. **4 photos d'identité** récentes
3. un rapport de comportement récent
4. copie des rapports socio-éducatifs d'école ou centres précédents
5. un rapport sur **l'évolution socio-éducative** depuis la naissance (peut être en parallèle avec le rapport médical)

## 2 TROUSSEAU VESTIMENTAIRE

### POUR LES HOMMES

12 slips  
12 chemisettes (maillots de corps)  
12 paires de chaussettes  
4 pyjamas (+ si énurésie)

12 t-shirts ou polos  
6 pantalons  
  
6 shorts  
2 joggings  
6 pulls ou cardigans ou sweat-shirts

1 robe de chambre  
1 paire de pantoufles  
2 paires de chaussures de ville  
1 paire de bottes  
1 paire de baskets  
1 paire de sandales  
1 anorak d'été  
1 anorak ou manteau d'hiver  
1 paire de gants  
1 bonnet  
1 Casquette ou chapeau de soleil  
1 lunettes solaire  
1 écharpe  
1 maillot + sac de piscine + bonnet de bain  
1 valise ou un grand sac  
1 petit sac à dos  
1 sac à main pour les femmes  
  
1 sac de toilette complet  
1 peignoir de bain  
1 rasoir (homme)

Pour la literie : couleur en accord avec l'institution

2 Housses matelas imperméables (4 si énurésie)  
4 draps housse (4 si énurésie)  
4 housses couette (+ si énurésie)  
1 couette (2 si énurésie)  
2 oreillers  
8 Taies d'oreiller

### POUR LES FEMMES

12 Culottes  
  
12 paires de chaussettes  
4 pyjamas ou chemises de nuit (+ si énurésie)  
6 Soutien-gorges  
2 jupons (ou pas de robes transparentes)

12 t-shirts ou polos  
6 pantalons ou jupes ou robes  
6 Shorts ou bermudas  
2 joggings  
6 pulls ou cardigans ou sweat-shirts

- 4 grands essuies (serviettes de bains)
- 8 petits essuies (serviettes de toilette)
- 8 gants de toilettes

## **Mobilier**

Nous pouvons mettre à la disposition des résidents le mobilier suivant :

- ✓ lit
- ✓ matelas
- ✓ chaise
- ✓ Certaines chambres contiennent un placard

Nous souhaitons que les résidents disposent dans leur chambre de petit mobilier ou objets personnels peu fragiles et non cassables.

Les photos et autres décorations murales sont les bienvenues mais nous vous demandons de remplacer les carreaux en verres par des Plexiglas.

Les familles qui le souhaitent peuvent fournir lit et matelas ou autre mobilier.

**IL EST EVIDENT QUE LES VETEMENTS DOIVENT ETRE EN BON ETAT, LAVABLES EN MACHINE ET NOMMINES AU NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE.**

### 3 RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS A COMPLETER

#### 1.IDENTITE :

NOM : date / lieu de naissance :

PRENOM : nationalité :

DOMICILE :

Région : département :

N° Carte d'identité : Validité :

#### 2.ADMISSION :

ENTREE AUX AUBEPINES : Motif :

Convention d'essai 1 mois : du au :

Convention d'accueil à durée indéterminée : le

Demande d'admission faite par :

#### 3.ACCORD MEDICAL PAR La CRAM NORD-Picardie :

Valable du : au :

#### 4.STATUT JURIDIQUE :

MAJEUR PROTEGE : date du jugement :

TUTELLE : date du jugement :

- parent tuteur :
- organisme de tutelle :
  - adresse :
  - nom-prénom du délégué à la tutelle :
  - adresse (si différente) :
  - téléphone :

#### 5.COUVERTURE SOCIALE FRANCAISE:

##### **5.1.Sécurité Sociale :**

N° d'immatriculation :

Coordonnées CPAM :

##### **5.2.Mutuelle :**

N° d'adhérent :

Organisme :

CMU complémentaire : oui-non

Responsabilité civile :

#### 6.MDPH (COTOREP), décisions CDAPH :

Maison Départementale des Personnes Handicapées-Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

N° dossier :

Coordonnées MDAPH :

**6.1. Reconnaissance du taux d'incapacité :**

Taux entre % et %

Carte invalidité N° : \_\_\_\_\_ validité du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**6.2. Orientation hébergement :**

MAS/FAM/FO : \_\_\_\_\_ Validité du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**6.3. Prise en charge financière hébergement par :**

CPAM/CONSEIL REGIONAL :

Coordonnées :

**6.4. Allocation Adulte Handicapé (AAH) :**

Montant : \_\_\_\_\_ Validité du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**6.5. Prestation de Compensation du Handicap (PCH) :**

Frais de transport : Montant : \_\_\_\_\_ Validité du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Frais spécifiques : Montant : \_\_\_\_\_ Validité du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Aides humaines : Montant : \_\_\_\_\_ Validité du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

**7.Caisse d'Allocations Familiales (CAF) :**

Matricule :

Coordonnées :

**8.MEDECIN TRAITANT :**

Nom :

Adresse :

Téléphone :

**9.MUTUALITE BELGE :**

Nom : \_\_\_\_\_ NISS : \_\_\_\_\_

Adresse :

Téléphone :

**10.COMPOSITION FAMILIALE :**

**10.1 PERE** : NOM – PRENOM :

date / lieu de naissance :

ADRESSE :

TELEPHONE :

PROFESSION :

**10.2 MERE** : NOM – PRENOM :

date / lieu de naissance :

ADRESSE :

TELEPHONE :

PROFESSION :

**10.3 FRATRIE :**

NOM – PRENOM :	né le – à :	profession :	adresse + téléphone :
-			
-			
-			
-			
-			
-			

**11. PARCOURS INSTITUTIONNEL :**

date :	centre :	personne contact+ tél :	adresse :

**12. ANAMNESE SOCIALE (histoire familiale et sociale) :**



## 4 ACCORD PHOTO A COMPLETER

1) AUTORISATION DE FILMER ET DE PHOTOGRAPHER :

2) AVIS DE PRESENCE DE CAMERAS :

Madame, Monsieur,

D'une part, dans le cadre de présentations officielles, d'expositions ou de fêtes, nous nous permettons de vous demander **l'autorisation écrite de filmer et photographier votre enfant.**

D'autre part, nous tenons à vous **signaler la présence de caméras dans les couloirs donnant accès aux chambres des résidents.** Ceci afin de permettre aux veilleurs de nuit, en dehors de leurs rondes, d'être rapidement informés des problèmes qui pourraient subvenir et d'intervenir dans les plus brefs délais.

Ces caméras :

- sont fixes et permettent de contrôler le va-et-vient dans les couloirs,
- **en aucun cas, le dispositif ne permet d'enregistrer les images,**
- celles-ci fonctionnent la nuit.

Ce moyen nous permet d'être encore plus efficace dans la prise en charge des résidents et augmente leur sécurité.

Pourriez-vous compléter et nous remettre le talon ci-dessous ?

Avec tous nos remerciements,

Dr de HEMPTINNE, directrice.

-----

Je, soussigné,....., parent/tuteur (biffer la mention inutile) de  
.....,

- autorise l'institution «Les Aubépines » à **utiliser l'image** (photo/film) de  
..... à **des fins de présentations.**
- **atteste avoir pris connaissance de la présence de caméras** dans les couloirs menant aux  
chambres.

Fait le .....

Signature :

## 5 RENSEIGNEMENTS MEDICAUX A COMPLETER :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

### 5.1 ANTECEDENTS PERSONNELS (\*):

1. Grossesse : maladie - incidents – médicaments – infections – menace de fausse couche.
2. Accouchement :
  - \* terme : naturel ou provoqué
  - \* Prématuré - césarienne - forceps - ventouse
  - Séjour en couveuse - durée :
  - Jaunisse du nouveau-né : oui-non      Photothérapie : oui-non
  - Difficultés respiratoires à la naissance ou cri immédiat
  - Malformations constatées à la naissance :
  - Malformations constatées un peu plus tard :
3. Allaitement maternel : si oui durée :

Difficultés d'alimentation au biberon (reflux – allergie au lait)

Si oui, expliquez :

Difficultés de prise de poids et/ou de taille durant la petite enfance

Si oui, expliquez :

4. Développement psychomoteur :

A quel âge l'intéressé se tient-il debout :

- Marche :
- Dit ses premiers mots :
- Dit ses premières phrases :
- Acquiert la propreté : urines jour :

Nuit :

Selles jour :

Nuit :

L'intéressé a t'il présenté un développement normal suivi d'une stagnation  
ou d'une régression ? OUI - NON

5. Maladies d'enfance : (souligner ou entourer ce que l'intéressé a présenté)

Rougeole – rubéole – scarlatine – varicelle – oreillons – méningite – méningo-encéphalite – épilepsie – rhumatisme – articulaire – coqueluche – poliomyélite – asthme – eczéma – rhume des foies – bronchites – otites – infections ORL récidivantes – gastro-entérite – infection urinaire – hépatite A – hépatite B – diabète.

6. Interventions chirurgicales : nature - dates.

7. Accidents ou intoxications – fractures ... : nature - dates.

8. Convulsions : durant l'enfance :

L'intéressé a-t-il présenté des convulsions sur forte fièvre.

Oui - non

Si oui, à quel âge ?

quels médicaments a-t-il reçu ?

9. L'intéressé a-t-il présenté des crises d'EPILEPSIE ? oui - non

Si oui depuis quand ?

- quel type de crise ?

- quels médicaments a-t-il déjà reçu pour cette pathologie ?

10. Vaccinations reçues : (joindre copie de la carte de vaccination)

- merci de préciser les dates -

Diphtérie :

Tétanos :

Dernier rappel Tétanos :

Coqueluche :

Polio :

Rougeole :

Rubéole :

Oreillons :

Hépatite A :

Hépatite B :

Grippe :

Tuberculose (BCG) :

Autres :

L'intéressé a-t-il dû recevoir une dose de sérum antitétanique lors d'un accident ? Si oui, à quelle date ?

11. Intradermo : (dépistage de la tuberculose) : date :

résultat :

scopie du thorax : date :

résultat :

## 5.2 *ETAT DE SANTE ACTUEL*

1. Groupe sanguin :

Rhésus :

2. Vos remarques nous intéressent :

- état général :
- sommeil :
- énurésie (pipi au lit) :
- appétit :
- régime :
- règles : - depuis quel âge ?
  - fréquence :
  - durée :

3. Allergies à : - certains aliments :

- certains médicaments :

- certains animaux :

- autres :

4. L'intéressé porte-t-il ou devrait-il porter des lunettes ?

oui - non

Si oui, quel est le problème visuel ?

Nom et adresse de l'ophtalmologue :

Nom et adresse de votre opticien :

5. Votre enfant est-il suivi pour un autre problème ? oui - non

a. orthodontie - dentisterie

b. cure de désensibilisation

c. diététique

d. semelles orthopédiques

e. kinésithérapie - aérosols

f. autres :

a) Si oui, veuillez nous donner les coordonnées des personnes responsables ou médecins spécialistes consultés.

b) Nom et adresse du médecin traitant de votre enfant + n° de téléphone.

c) Nom et adresse des médecins spécialistes qui ont suivi ou suivent encore votre enfant.

6. Médicaments à prendre actuellement

<b>5.3 Noms – posologie</b>	Matin	Midi	16H	Souper	Coucher
-					
-					
-					
-					
-					
-					

**5.4 III. ETIOLOGIE DU HANDICAP de l'intéressé**

D'après les renseignements que vous avez, quelle(s) est (sont) l' origine du handicap ? Ces renseignements resteront confidentiels. Votre enfant a-t-il subi un examen des chromosomes (caryotype) ? Si oui,

- A quel âge ?
- Où ?
- Résultats ?

Possédez-vous des rapports médicaux concernant l'handicap / la santé de votre enfant ? Si oui, joignez une copie à ce dossier.

**5.5 ANTECEDENTS FAMILIAUX (cf. feuille du dossier précédent)**

	Nom – prénom	Date Naissance	Profession Scolarité	Maladie décès	Etat civil

<b>Père</b>					
Mère					
Fratrie					

- Renseignements sur un éventuel handicap ou maladie chez les grands-parents - oncles - tantes - cousins - cousines
- Notez aussi si dans la famille de l'intéressé il y a des cas particuliers de malformations - épilepsie - retard mental - maladie héréditaire.

## **5.6 AVIS IMPORTANT**

Nous demandons aux parents, au représentant légal ou tout autre responsable du bénéficiaire, de nous signaler toutes modifications de traitement, nouvelles maladies, accidents ou interventions chirurgicales à venir.

**Nous vous demandons aussi de compléter et signer les documents suivants :**

1. Autorisation de vaccination
2. Autorisation d'intervention urgente
3. Autorisation de délivrer des médicaments

### **1. AUTORISATION DE VACCINATION**

Je soussigné(e) ....., père/mère/représentant légal  
 \* de ..... (nom et prénom de l'intéressé),  
 marque mon accord pour administrer à l'intéressé les vaccinations indiquées ci-dessous :

Polio - diphtérie - tétanos - hépatite A – hépatite B – grippe \*

Date .....  
Signature

**En cas de refus** : écrire en toutes lettres : « Je refuse tel ou tel vaccin » (bien **préciser** lequel) , le **motif** du refus, **dater et signer**.

\* veuillez biffer les mentions inutiles

## **2.AUTORISATION INTERVENTIONS URGENTES**

Je soussigné(e) , ..... , Père / Mère  
/ Représentant légal\* de ..... (nom de  
l'intéressé)

donne mon accord au médecin choisi par la direction de l'asbl Les Aubépines à Sart Risbart, pour  
procéder aux éventuelles interventions médicales ou chirurgicales urgentes nécessaires pendant la  
durée de son séjour.

Date : .....

Signature

## 6 ACCORD INTERVENTION MEDICALE A COMPLETER

### AUTORISATION INTERVENTIONS MEDICALES :

Je soussigné(e), .....

père/mère/représentant légal de ..... (nom de l'intéressé)

donne mon accord au médecin choisi

par la direction de l'asbl « Les Aubépines » à Sart-Risbart

pour procéder aux éventuelles

interventions médicales URGENTES ou NON URGENTES mais nécessaires à

l'intéressé(e) pendant la durée de son séjour.

Date :

Signature :

**IMPORTANT :** Nous interpellons les parents/représentants légaux  
avant une éventuelle intervention.



# 7

# REGLEMENT D'ORDRE INTERIEUR

## 7.1 DENOMINATION

La maison « Les Aubépines » est gérée par l'a.s.b.l. portant le même nom dont les statuts ont été fixés le 21/11/1996 et parus au moniteur sous le numéro d'identification : **16216/95**.

Son siège social se situe à la « Rue Sainte-Wivine, 15 » à 1315 Sart-Risbart.

Le Conseil d'Administration est représenté par son Président, Monsieur Philippe BODART.

Le C.A a confié la direction des « Aubépines » à Madame de Hemptinne depuis le 15/06/98 Celle-ci assure également la coordination médicale.

La maison « Les Aubépines » se veut pluraliste et respecte les convictions morales ou religieuses de chacun.

La maison offre un service résidentiel ouvert 7 jours sur 7... 365 jours par an.

### PRISE EN CHARGE FINANCIERE :

- **1<sup>er</sup> octobre 1997** : - 1<sup>ère</sup> autorisation (AWIPH) de fonctionner pour 20 personnes
  - demande de subvention
- **1<sup>er</sup> juillet 1999** : -1<sup>er</sup> agrément de l'AWIPH pour 12 lits
  - autorisation de fonctionner pour 23 personnes
- **1<sup>er</sup> juillet 2000** : autorisation de fonctionner pour 28 personnes
- **1<sup>er</sup> juillet 200** : agrément supplémentaire pour la prise en charge nominative de 5 personnes
- **1<sup>er</sup> décembre 2002** : 9 lits supplémentaires
- **1<sup>er</sup> mai 2004** : - autorisation de fonctionner pour 54 personnes
  - agrément supplémentaire pour la prise en charge nominative de 6 personnes
- **18 décembre 2007** : renouvellement d'agrément

## 7.2 PROJET PEDAGOGIQUE

Le centre « Les Aubépines » est un **service résidentiel** accueillant des personnes handicapées adultes présentant des caractéristiques autistiques et nécessitant pour la plupart des soins de nursing.

La maison travaille en considérant chaque bénéficiaire comme un adulte présentant un handicap spécifique entraînant une **prise en charge éducative individualisée**.

Cette prise en charge est menée en étroite collaboration avec les familles des bénéficiaires. Elle considère également que toute personne apprend tout au long de sa vie à condition qu'elle soit **stimulée en permanence**. Sans aucune stimulation, les comportements d'une personne peuvent régresser.

De la **méthode TEACCH**, la maison retire l'importance de structurer un maximum l'environnement spatio-temporel des personnes atteintes d'autisme.

L'**éducation comportementale** nous éclaire dans nos démarches d'apprentissage : la manière de faire apparaître des comportements adéquats et de tenter de faire disparaître des comportements inadéquats, la façon de maintenir et généraliser ces apprentissages et enfin la manière d'analyser

de manière minutieuse les conditions d'environnement responsables de l'apparition ou non de certains comportements.

Nous nous basons sur les **travaux de D. Boisvert** pour réaliser les **projets de vie individuels** de chacune des personnes que nous accueillons.

Enfin, notre considération de la personne handicapée rejoint les **théories philosophiques de la V.R.S** (Valorisation des Rôles Sociaux) : un adulte, quelque soit son handicap, a le droit de vivre des situations les plus proches possibles de celles vécues par les personnes dites « normales ». Nous développons donc un maximum le niveau d'autonomie de chacun, nous respectons la notion d'intimité, nous favorisons les contacts avec les pairs non-handicapés,...

En conclusion, la mission des Aubépinés est de fournir un cadre de vie propice à l'épanouissement et à l'évolution des personnes atteintes d'autisme, ainsi que d'éviter leur désinsertion sociale.

### **7.3 SERVICES OFFERTS**

Outre le projet pédagogique détaillé ci-dessus, l'a.s.b.l. « les Aubépinés » propose :

- un endroit de vie calme et paisible dans une propriété de 3 Ha en pleine campagne,
- un encadrement éducatif et paramédical constitué de membres du personnel motivés et professionnels
- un service de maintenance dévoué et efficace
- une équipe de cuisine douée et ouverte aux exigences de l'alimentation saine et équilibrée

### **7.4 CONDITIONS SPECIFIQUES D'ADMISSION**

**La demande d'admission** - doit être faite par le bénéficiaire, ses parents ou un représentant légal ou encore par le centre dans lequel la personne est hébergée avec l'accord de sa famille.

A tout moment, les différentes parties peuvent interrompre la procédure d'admission pour les raisons qui sont propres à chacun.

- doit correspondre aux conditions exigées par l'AWIPH (Agence

Wallonne pour l'Intégration des personnes handicapées)

Conformément à l'article 57 de l'arrêté du gouvernement wallon relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement, notre service communique, dans les trois jours, au bureau régional couvrant la zone géographique dont il ressort, les avis d'entrée et de sortie des bénéficiaires qu'il accueille ou héberge

**Nos critères d'admission sont :**

- **la présence de caractéristiques autistiques** avec ou sans soins de nursing chez la personne **adulte** (homme/femme) handicapée mentale

- **l'intégration de la personne parmi la population** existante aussi bien au niveau des activités proposées qu'au niveau de l'entente avec les pairs afin d'éviter que la personne ne constitue un réel danger pour les autres résidents ou qu'elle ne soit elle-même en danger au milieu de la population existante

### La procédure d'admission :

1. **Rencontre** aux Aubépines avec le résidant, la famille, le représentant légal ainsi que le représentant du service résidentiel d'où vient la personne présentant un handicap, **visite** de l'institution.
2. Période d'observation de **15 jours maximum** avec retour en famille le week-end.
3. **Retour en famille**, le temps nécessaire à la direction et l'équipe éducative de se réunir et évaluer le premier séjour. Envoi à la famille d'un rapport avec proposition ou non de poursuivre la démarche.
4. **Rencontre** avec la famille, le résidant et l'institution fréquentée pour une mise en commun des observations et proposition ou non d'une période d'essai de 3 mois. **La prise en charge pour une période d'essai, ne sera possible qu'après réception des documents d'admission.**
5. **Période d'essai de 3 mois** au terme de laquelle une décision d'accueil à durée déterminée ou indéterminée ou de réorientation est prise.
6. Pour les périodes de présence aux Aubépines, la famille fournit la carte d'identité du bénéficiaire, des vignettes de mutuelle, et la carte SIS. Ainsi que le linge et la literie nominée, des objets personnels et éventuellement l'appareillage spécifique ( voir annexe II)

## **7.5 CONGEDIEMENT DU SERVICE DE LA PERSONNE PRESENTANT UN HANDICAP**

En dehors de la période d'essai, cette procédure est envisagée :

- en cas de **demande explicite** de la part du résidant ou de sa famille
- en cas de **factures non payées** de manière systématique et régulière
- en cas d'**absences prolongées et injustifiées**
- en cas de **situation trop problématique** avec le résidant et pour laquelle les solutions envisagées ont échouées

Ainsi, pour le résidant qui exprime d'une façon ou d'une autre qu'il ne va pas bien ou pour le résidant qui remet fortement en question l'harmonie ou la sécurité du groupe, **une première période d'observation est envisagée** (à l'aide de grilles spécifiques remplies par le personnel éducatif).

Ces grilles sont analysées puis débattues en réunion d'équipe où des hypothèses sont émises. Le médecin coordinateur est présent afin d'envisager d'éventuels problèmes de santé. Une **réunion avec la famille** est organisée afin de permettre une discussion sur la problématique rencontrée, sur les hypothèses émises, les solutions à ou déjà envisagées pour l'avenir de leur enfant.

Dans la mesure du possible, les hypothèses sont vérifiées et on tente de pallier les manques. Quand aucune solution n'est trouvée, on entame, en collaboration avec les familles, une **procédure de réorientation**.

Quoi qu'il en soit, dans tous les cas de réorientation un **préavis allant de un à trois mois est octroyé**. Pendant ce délai, la maison s'engage à aider la famille dans sa recherche d'hébergement.

## **7.6 CONSEIL DES USAGERS**

Ce conseil réunit les résidents par groupe de vie plusieurs fois par an.

La présidence est tenue par l'orthopédagogue

- L'animateur est le responsable du groupe de vie,
- Les réunions se déroulent dans chaque groupe de vie.

Un ordre du jour est établi auparavant et après chaque réunion ; un compte-rendu est transmis aux différentes parties (de manière visuelle et compréhensible pour les résidents).

**La mission de ce conseil est d'être à l'écoute des bénéficiaires et de leur transmettre les informations.**

## **7.7 MODALITE D'INTRODUCTION DES RECLAMATIONS.**

De la part des résidents comme de la part des familles ou des représentants légaux, nous examinerons toute suggestion, proposition ou critique par rapport au fonctionnement de l'établissement. Ces remarques peuvent être en outre transmises à l'interlocuteur choisi par la personne qui transmettra à la direction qui actera et parlera avec les personnes concernées et répondra par écrit à la personne qui a porté plainte.

Il existe une procédure officielle permettant à toute personne d'introduire une réclamation à l'Agence. **Celle-ci procédera à l'instruction de la plainte dès réception de celle-ci et ce dans un délai maximum de 6 mois.**

Pour tout renseignement s'adresser à l'AWIPH rue de la Rivelaine, n°21 6061 Charleroi.

Téléphone : 071/205.711

## **7.8 OBLIGATIONS ET DROITS.**

Toute personne présentant un handicap, hébergée aux Aubépines a le droit de vivre d'une manière aussi proche possible de la « normalité ». Ce qui implique de vivre dans le respect et l'écoute de chacun. Mais aussi de respecter la vie privée et l'intimité de chacun.

De plus, le résident et/ou sa famille ou son représentant légal a le droit d'être informé de façon complète, exacte et en temps utile sur toutes les questions touchant son hébergement et son projet individuel.

Le bénéficiaire et/ou son représentant légal a la possibilité de choisir son médecin traitant.

En ce qui concerne les obligations, le bénéficiaire et/ou son représentant légal doit **respecter les différentes conventions de la maison** qu'il aura signées ainsi que le présent document.

Nous demandons aux familles de faire compléter les documents de la farde médicale (qui accompagne toujours le résident) lors de chaque visite chez le médecin traitant ou spécialistes pour avoir une trace écrite des interventions ou soins médicaux administrés au résident.

## **7.9 POLICE D'ASSURANCE**

Conformément aux réglementations de l'Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées la maison a souscrit une police d'assurance :

\*couvrant la responsabilité civile du service ou des personnes dont il doit répondre pour tout dommage survenu à un bénéficiaire ou causé par celui-ci. L'assurance doit préciser que le bénéficiaire garde la qualité de tiers et couvrir les dommages jusqu'à concurrence d'un minimum de 2.500.000 € pour les dommages corporels et 250.000 € pour les dommages matériels, par sinistre.

\*couvrant tout dommage causé par un bénéficiaire qui ne mettrait pas en cause sa responsabilité civile ou tout dommage dont il aurait été victime pendant son séjour. Dans ce cas, l'assurance doit couvrir le décès à concurrence d'un montant minimum de 2.500 €, l'incapacité permanente à concurrence d'un montant minimum de 12.500 € et les frais de traitement à concurrence d'un montant minimum de 2500 €.

Actuellement, de nouveaux contrats sont en cours d'élaboration en ce qui concerne les contrats incendie, véhicules etc....

Un exemplaire de ce présent règlement sera donné au représentant légal du bénéficiaire.

Signatures précédées de « lu et approuvé »

Le représentant légal,            Les parents,