

# CAS PRATIQUE EN APPLICATION

## L'audit, un outil complémentaire aux démarches d'inspection et de contrôle

---

### CONSIGNES

#### La mission

Un FAM (géré par une association départementale) est engagé dans une « démarche qualité » (sans utilisation de référentiel particulier, ni visée de certification). Il a satisfait à son obligation de procéder à l'évaluation externe en 2015 et prévoit son évaluation interne en 1<sup>er</sup> semestre 2020.

En 2015, il a formalisé la version actuelle de son projet d'établissement qui est utilisé comme « référentiel qualité interne » formalisant ses « procédures » d'organisation et de fonctionnement, tant pour la prise en charge que pour sa gestion interne.

La direction de l'établissement souhaite s'assurer de la mise en œuvre efficace des dispositions qui ont été formalisées dans son projet d'établissement et les différents documents en annexe : procédures, guides de travail... (*non communiqués dans le cadre de cet exercice*), en réponse, notamment, aux obligations légales, réglementaires qui sont opposables à ce type de structure et aux recommandations de bonnes pratiques applicables.

Pour cela, il sollicite la « cellule audit » de l'ARS de XXX.

Celle-ci accepte la mission et vous mandate pour réaliser cet audit.

Le référentiel utilisé en support de l'audit est le projet d'établissement qui vous est communiqué.

#### Consignes de travail :

Préparer l'audit (pour une durée effective de 1h15, réunion d'ouverture incluse), notamment en :

- Lisant le cas cj (extrait d'un vrai PE) : afin de prendre connaissance de l'établissement et repérer les « sujets » pouvant être audités ;
- Construisant un **plan d'audit** en définissant (par choix à faire) :
  - o Le(s) sujet(s) que vous allez aborder lors de votre audit
  - o Le(s) interlocuteur(s) que vous souhaitez interroger pour chaque sujet retenu
  - o Le temps pour chaque « séquence » (1 séquence = 1 sujet, avec 1 interlocuteur)
  - o L'ordonnancement de votre audit
- Construisant un **questionnaire** (le « guide d'audit ») ;
- Préparant la **réunion d'ouverture ainsi qu'une « phrase d'accroche »** qui sera à utiliser en début d'entretien avec les éventuelles personnes que vous interviewerez et qui n'étaient pas présentes à la réunion d'ouverture.

## **Foyer d'Accueil Médicalisé**

**XXX**

# Projet d'Etablissement 2016 - 2020

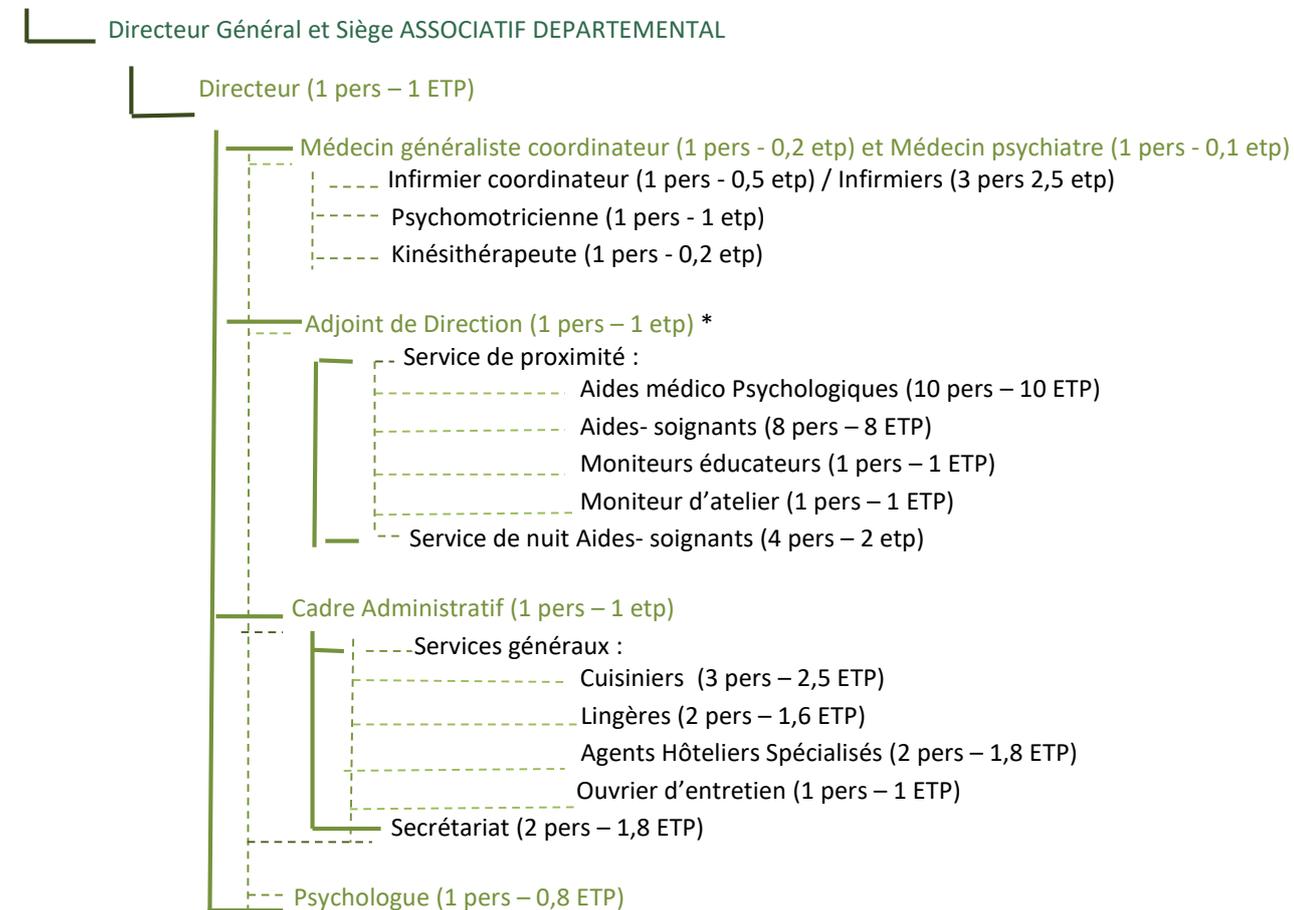
---

Instances	Dates
Conseil de la Vie sociale – avis consultatif	07 MAI 2016
Conseil d'Administration - validation	09 JUIN 2016

## 1. L'organigramme

### ORGANIGRAMME FONCTIONNEL ET HIERARCHIQUE DU FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE

Conseil Administration



— Lien hiérarchique

- - - Lien fonctionnel

\* Lors des absences congés du Directeur, l'adjoint de Direction est son remplaçant et mis sous la responsabilité directe du Directeur Général.

## Le public accueilli

Le FAM de XXX a pour spécificité d'accueillir et d'accompagner des personnes à partir de 20 ans (sauf dérogation administrative), adressées par la MDPH, ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de la vie quotidienne.

La complexité de la description de la population accueillie au FAM réside en la multiplicité des handicaps (handicaps associés) : handicap mental, handicap psychique, handicap moteur, handicap sensoriel, polyhandicap ainsi que des maladies associées (épilepsie, trisomie 21,...) sans oublier le vieillissement des personnes.

L'association de plusieurs handicaps et pathologies avec bien souvent des troubles des conduites : hétéro- et/ou auto-agressivité, « comportements-problèmes », est couramment observée.

Peu de résidents ont accès à un langage ayant réellement valeur de communication et à une autonomie dans les gestes de la vie quotidienne.

De plus, le vieillissement des résidents est à prendre en compte car il vient s'ajouter et/ou aggraver la situation de handicap. Le vieillissement altère progressivement tous les aspects de la santé. Il peut entraîner une baisse des capacités intellectuelles, des tendances dépressives et le risque de démences séniles. Les troubles, dont souffrent les résidents, peuvent les rendre encore plus sensibles aux effets du vieillissement.

### Après les mots ... les chiffres :

Le FAM de XXX compte 48 résidents âgés de 28 à 72 ans (moyenne d'âge 45,5 ans), 15 résidents ont plus de 50 ans (soit environ 1 sur 3 ou 31%)

**48** Résidents avec un retard mental dont **36** avec un retard moyen à profond (CIM-10<sup>1</sup>) soit d'origine congénitale ou acquise.

Pour 47 résidents, au retard mental est associé un trouble ou une pathologie qui peut être principale ou secondaire à ce retard :

- 19 résidents présentent un TED
  - dont 6 avec autisme infantile
  - 1 avec autisme atypique
  - 12 avec un TED sans précision
- 5 résidents ont une trisomie 21
- 8 résidents présentent un trouble de la personnalité
- 3 résidents ont une schizophrénie
- 2 résidents présentent les séquelles immédiates d'une encéphalopathie
- 3 résidents ont une tétraplégie/paraplégie
- 1 résident présente une cyclothymie
- 1 résident présente une anxiété généralisée
- 1 résident a un syndrome de Marinesco-Sjögren
- 1 résident présente une iléostomie
- 1 résident a une tétralogie de Fallot

Parmi ces résidents, 4 ont également une épilepsie associée.

---

<sup>1</sup> CIM 10 : Classification Internationale des Maladies 10eme version

## Les groupes de vie

Pour favoriser une ambiance « conviviale », l'aménagement de l'établissement offre différents types d'espaces et les groupes de vie sont clairement repérés par tous, possédant leur propre culture de vie en collectivité. L'établissement est composé de six groupes constitués de huit résidents.

Chaque groupe comprend une cuisine, une salle de bain (avec matériel adapté), une salle à manger – salon, des chambres pour la plupart individuelles et deux chambres doubles. Le résident a la possibilité d'être accompagné pour l'aménagement et la décoration de ce lieu personnel qu'est la chambre, afin de respecter l'individualité et l'intimité.



*Salle à manger*



*Cuisine*



*Salon*



*Chambre*



*Salle de bains*

Chaque groupe a son identité propre même si la vie en collectivité implique des règles de vie communes (prise des traitements, heures repas, ....).

L'accompagnement est orienté vers les interactions entre résidents pour promouvoir l'entraide et la solidarité. De plus, l'hétérogénéité et la mixité sociale sont également rencontrées dans la vie courante.

Il s'agit aussi de permettre aux résidents de prendre en compte la différence de l'autre et de lui porter une attention plus particulière. Le croisement des potentialités de chacun permet une richesse dans les accompagnements mis en place. De ce fait, la répartition des personnes accueillies est réalisée en fonction de l'équilibre des prises en charge et du degré d'autonomie.

Au-delà de la philosophie de groupes hétérogènes, le vieillissement des résidents et les réponses pouvant être apportées dans le cadre des politiques publiques, ont amené à développer un projet d'un groupe de vie spécifique aux personnes vieillissantes en situation de handicaps.

L'objectif de l'équipe pluridisciplinaire vise à voir la personne et non pas son handicap. Les projets de groupes, selon la méthodologie validée par toutes les parties prenantes, ont pour objectifs de mettre en valeur les potentialités de chaque résident pour permettre leur épanouissement à travers leur implication dans la dynamique du groupe de vie. Les encadrants soutiennent, expliquent et définissent le projet de groupe auprès des résidents leur permettant de prendre part à la vie de chacun en fonction de leurs potentialités et de leurs difficultés. Le but étant de leur offrir les moyens de s'épanouir et d'occuper une place d'adulte. Quelques règles élémentaires de vie sont posées sur chaque groupe en

fonction du projet de groupe qui se veut être à l'image de la dynamique de l'ensemble des personnalités qui le compose. Ainsi se développe une culture propre à chacun des groupes de vie.

## Les accompagnements au quotidien

La vie quotidienne marquée par des temps forts tout au long de la journée, occupe une place centrale dans la vie du résident au sein de l'établissement.

Elle vise à offrir un cadre sécurisant en tenant compte des besoins et des prestations bientôt revus et opposables au FAM, en vue de l'allocation des ressources financières.

Tout cela est porté par une démarche personnalisée (déclinée par le projet individuel en termes d'objectifs et de moyens) basée sur le recueil des besoins et des souhaits, l'histoire de vie, le niveau d'autonomie, le respect de l'individualité et les possibilités de l'environnement.

L'établissement est un lieu ouvert pour les résidents (notion de « libre circulation »), en relation avec l'extérieur de par sa proximité avec le village. Il est essentiel de maintenir, de privilégier les rencontres avec les familles et les professionnels extérieurs (esthéticienne, coiffeur, équitation, ferme pédagogique etc.) ; ceci permet aux résidents de multiplier et de diversifier les expériences relationnelles et les liens sociaux.

Les repères temporaires quotidiens permettant d'assurer une certaine sécurité sont les suivants :

- le lever, les toilettes, les repas, le repos, les soirées et les nuits, les activités (planning à la semaine)
- le service médical (distribution des traitements et les soins)
- les prises en charge spécifiques (séances de kinésithérapie, de psychomotricité, rendez-vous psychologiques...)
- les plannings des week-ends en famille.

Le travail de nuit prend une place importante dans la continuité de l'accompagnement à la vie quotidienne.

L'aspect relationnel est déterminant la nuit dans la mesure où les angoisses peuvent être majorées et le rapport au temps modifié. Il est accordé un temps essentiel autour de l'écoute, de l'échange et de la sécurisation. Le respect des rythmes de chacun permet aux résidents qui le désirent de se coucher plus tardivement, ceci s'effectue dans la limite d'un horaire de coucher permettant d'assurer un sommeil suffisant. Certains résidents peuvent regarder plus longuement la télévision ou participer au rangement du linge avec l'encadrant.

Les changes sont réalisés le soir et le matin, mais également dès que nécessaire au cours de la nuit, dans un souci de bien être et de sécurité du résident. Les résidents sont accompagnés dans une éducation aux soins corporels mais aussi dans une prévention à l'énurésie.

Les premières toilettes dans la salle de bain peuvent être faites à partir de 6h en fonction des résidents. La surveillance se veut constante afin d'assurer une vigilance qui permet de prévenir et d'anticiper les éventuelles conduites à risque.

## La dynamique des ateliers et des activités

Les activités sont un support à la relation encadrants/résidents et entre résidents. Elles sont sociales, culturelles, sportives et citoyennes, ont une fonction de plaisir/loisirs, de partage, de repères spatio-temporels, de création, de socialisation,... tout en prenant en compte les compétences de chacun et notamment en matière de rythme, de handicap, du vieillissement, des attentes / souhaits et des besoins...

Les activités s'articulent avec le projet individuel et les projets de groupes (annexe 2). Elles sont menées de façon individualisée ou collective, sur site ou à l'extérieur.

Chaque activité fait, selon la méthodologie validée par les parties prenantes, l'objet d'un projet écrit dont l'encadrant est pilote après validation de l'équipe.

Les principales activités sont réparties selon les thématiques suivantes :

- Activités physiques : Gym assise, Sport adapté, Cheval, Canicross, Randonnées, Calèche, Entretien espaces verts
- Activités d'expression et de création : Peinture, Atelier « Petites Mains », Journal, Informatique, Audiovisuel, Expression théâtrale, Activités manuelles
- Activités sensorielles : Esthétique, Ecoute musicale, Piscine, Jeux aquatiques, Horticulture, Espace multi-sensoriel (en projet)
- Activités tournées vers l'extérieur, socialisantes et culturelles : Sorties diverses, Rencontres inter-établissements, Fêtes, Restaurant, Cinéma, Achats, Réseau associatif.
- Activités liées à la vie quotidienne : Lingerie, Atelier cuisine, Participation aux tâches ménagères

Les différentes activités ci-dessus peuvent avoir lieu en inter ou intra groupe.

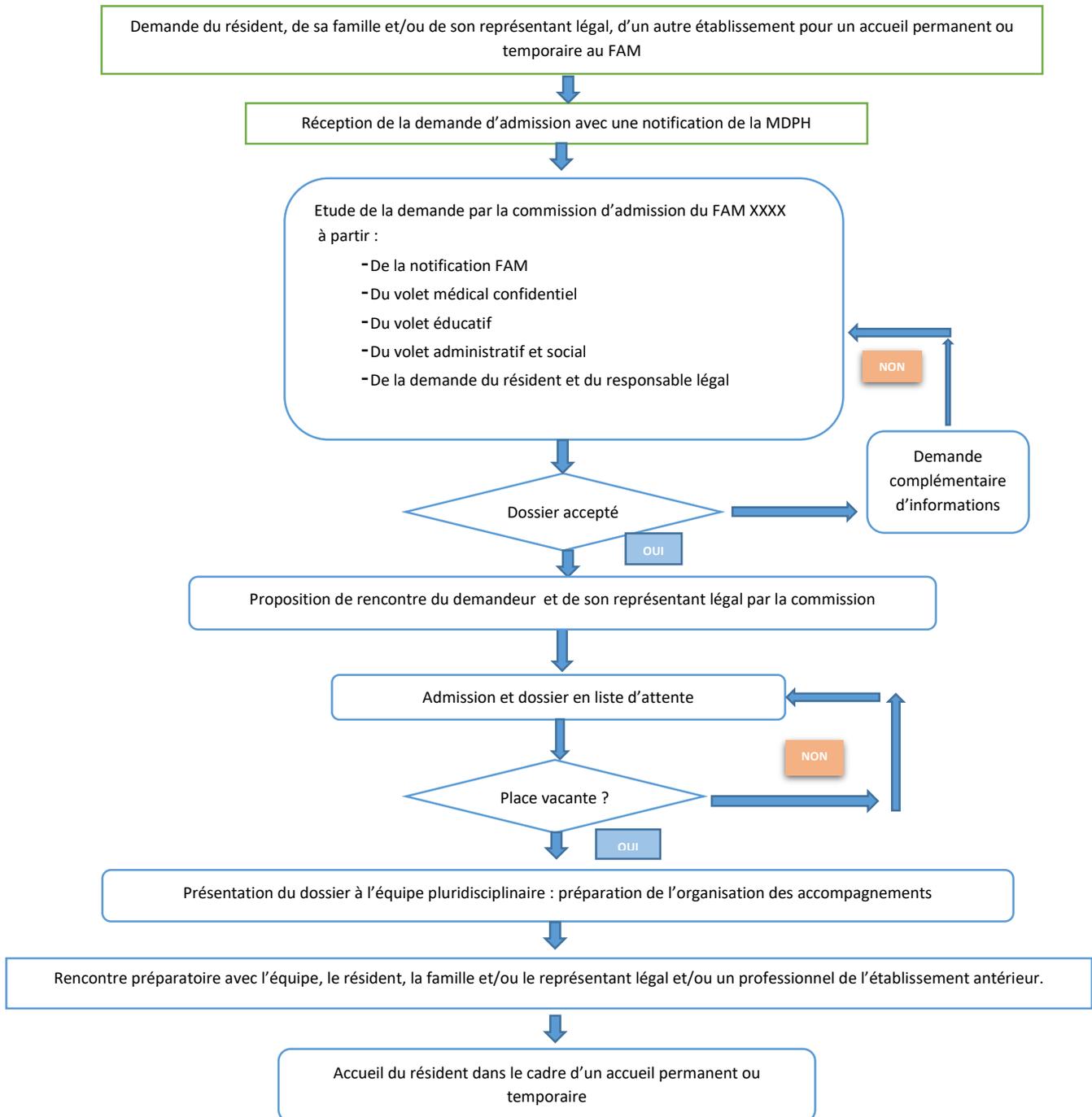
Différents types de séjour (séjour adaptés, échange inter-établissement) peuvent être proposés.

De plus, les équipes du FAM proposent tout au long de l'année des fêtes et des moments de convivialités : le mardi gras.....la fête de Noël. Un pilotage de ces activités et fêtes est mis en place par les équipes et coordonné par l'Adjoint de Direction.

# LES ACCOMPAGNEMENTS : LA PERSONNALISATION AU CŒUR DU DISPOSITIF

## 1. L'admission

### Processus d'admission pour un Accueil Permanent ou Temporaire



## L'Accueil Permanent

Une demande d'orientation de la MDPH<sup>2</sup> pour un FAM est nécessaire pour l'étude du dossier.

L'étude de la demande est effectuée par la commission d'admission composée :

- du directeur,
- de l'adjoint de direction
- du médecin psychiatre
- du médecin coordinateur généraliste
- de la psychologue.

La demande d'admission doit comporter :

- Une notification de la CDAPH<sup>3</sup> pour une orientation en FAM
- Un volet médical adressé aux médecins
- Un volet administratif et social
- Un volet éducatif
- Une demande écrite du résident et/ou de son représentant légal

Une fois l'admission prononcée par le Directeur, une rencontre préparatoire est envisagée avant l'arrivée du résident.

Peuvent être présents à cette réunion : le résident, sa famille, son représentant légal, un professionnel de l'établissement antérieur, le directeur, l'adjoint de direction, la psychologue, la psychomotricienne, l'IDE coordinateur, un représentant du futur groupe d'accueil (en priorité le référent).

La présence du représentant légal, de la famille et du représentant de l'établissement antérieur est souhaitée et soumise au consentement du résident. A l'issue de cette réunion, une visite de l'établissement peut être proposée si elle n'a pas déjà été effectuée.

Les objectifs de cette rencontre visent à :

- Laisser le résident exprimer ses souhaits et ses attentes liés à l'accueil.
- Préciser les relations avec la famille et l'entourage (week-end et sorties).
- Prendre connaissance des habitudes de vie de la personne et identifier ses besoins.

## 2. La dynamique de personnalisation des accompagnements

**Le référent** est désigné avant l'admission effective du résident. Il est porteur du Projet Individuel et l'interlocuteur privilégié pour toutes les questions et informations relatives au résident. Le référent rassemble les informations concernant la situation générale du résident. Il rédige les bilans éducatifs annuels ainsi que le projet individuel après validation de la Direction et veille à sa diffusion auprès de tous les intervenants et ce en lien avec le secrétariat qui établit un tableau de suivi.

**Le projet individuel** ou le projet personnalisé est une démarche dynamique. Un accompagnement co-construit avec le résident et l'équipe pluridisciplinaire à partir de ses besoins et de ses souhaits, avec la concertation du représentant légal et/ou de la famille.

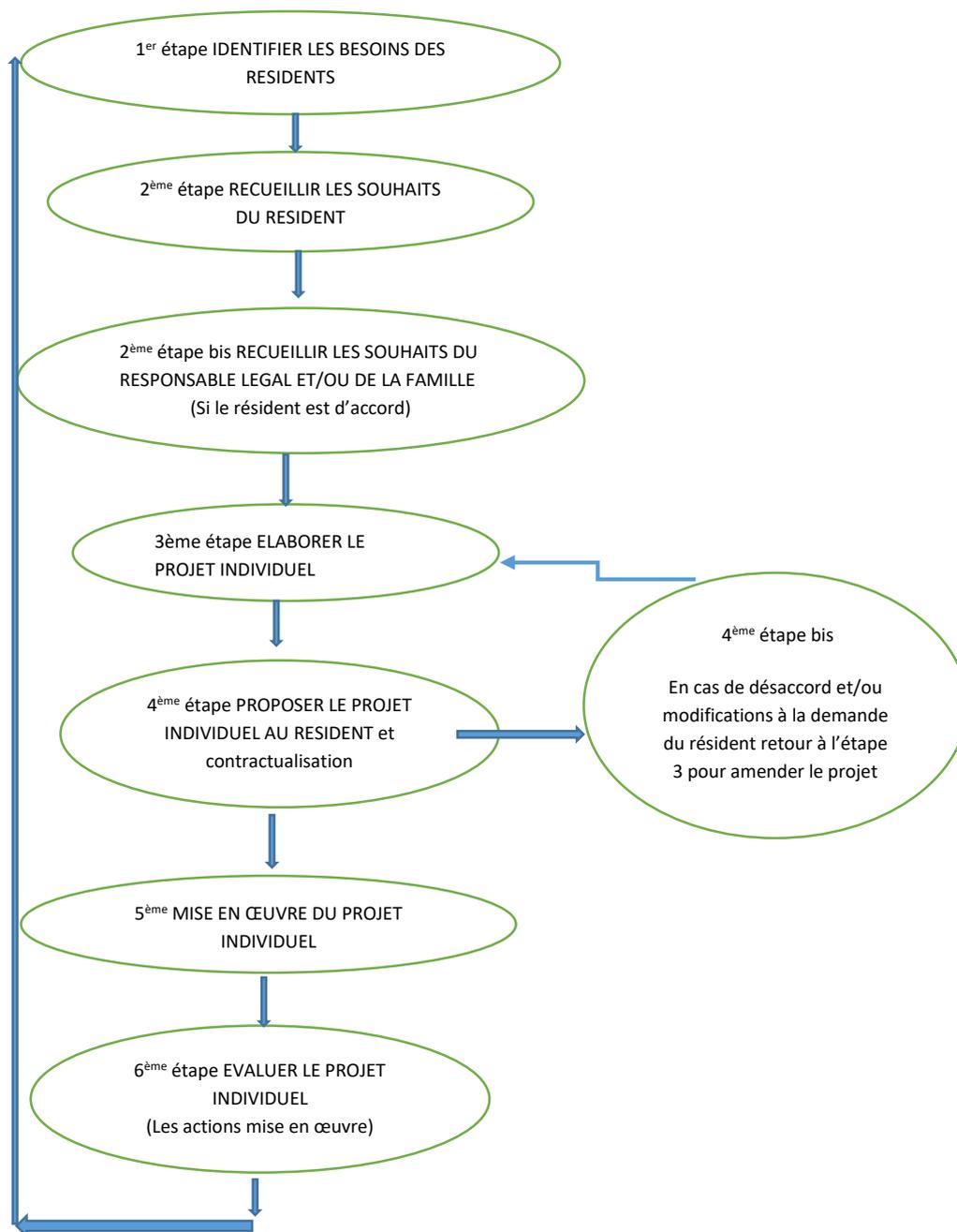
---

<sup>2</sup> MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

<sup>3</sup> CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

L'équipe pluridisciplinaire, après identification des besoins, propose lors de la réunion du Projet Individuel, des objectifs et des moyens à mettre en place. Un écrit est contractualisé avec le résident et archivé dans son dossier.

Le processus de personnalisation des accompagnements est formalisé et décrit ci-dessous :



## L'EXPRESSION ET LA PARTICIPATION DES RESIDENTS ET DE LEUR ENTOURAGE

### 1. Premier constat

Le conseil de la vie sociale est en place depuis de nombreuses années. La philosophie du CVS est respectée, et la parole donnée aux résidents est prise en compte. La représentation des résidents est supérieure à celle prévue par les textes.

Un nouveau règlement intérieur du conseil de la vie sociale a été validé le 28 octobre 2014. Outre ses attributions, le conseil de la vie sociale va piloter les enquêtes de satisfaction. Ces enquêtes de satisfaction ont été mises en place en février 2014 et sont renouvelées tous les 2 ans. Elles ont eu, pour leur 1<sup>ère</sup> itération, un taux de réponse et un taux de satisfaction très élevée. Ceci étant, des pistes de progrès issues des enquêtes de satisfaction ont été priorisées par un groupe de travail de six encadrants.

Il s'agit :

- des repas, du lever
- du planning d'activité
- de la veillée, du coucher et de la nuit

De plus un conseil de la vie sociale départemental vient d'être mis en place il y a quelques semaines. Il s'agit de faciliter la participation des résidents, du personnel et des familles à ce conseil de la vie sociale impulsé par l'Agence Régionale de la Santé sur le territoire de XXX.

### 2. Deuxième constat

Les outils de la loi 2 janvier 2002 ont été établis et mis en place. Nous pensons que ceux-ci peuvent être améliorés.

### 3. Fiches action

<b>FICHE ACTION N°10</b>	
Thématique	La communication dans les accompagnements
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	L'adaptation de la communication au plus près des capacités des résidents est un enjeu majeur de leur implication notamment dans le cadre de l'accès à la citoyenneté.
Objectif :	Adapter la communication à la compréhension des résidents dans leur diversité notamment sur : <ul style="list-style-type: none"><li>• La compréhension du projet individuel</li><li>• La compréhension des règles de vie communes</li><li>• Le droit à l'information sur les actes de soin</li><li>• Le conseil de la vie sociale</li><li>• La compréhension des accompagnements mis en place (activités, ateliers ....)</li></ul>
Délai objectif	Fin 2018
Indicateur de conduite de l'action	Documents et affichages en communication adaptée
Pilote du groupe de travail	Directeur
Groupe de travail	Groupe de travail Communication (AS, ME, AMP, psychologue, groupe à rééquilibrer)
Ressources nécessaires	Ressources internes

<b>FICHE ACTION N°11</b>	
Thématique	Expression et participation : communication des outils de la loi 2002-2
Constat – éléments ayant conduit à l'initialisation de cette fiche action	La compréhension des outils de la loi 2002-2 doit être facilitée pour permettre le respect et l'accès aux droits de chacun
Objectif :	Elaborer trois livrets d'accueil. Il s'agit d'un livret d'accueil ordinaire, d'un livret d'accueil simplifié et d'un livret d'accueil sonore. En ce qui concerne les règles de vie commune, nous pensons que celles-ci peuvent être mieux expliquées. De même, nous proposons un règlement de fonctionnement plus adapté aux résidents avec davantage de pictogrammes, de photos et enfin un troisième règlement de fonctionnement sonore.
Délai objectif	Juin 2017
Indicateur de résultat	Documents et affichages (visuel, sonore, simplifié avec images, photos)
Pilote du groupe de travail	Directeur
Groupe de travail	Groupe de travail Communication (AS, ME, AMP, groupe à rééquilibrer), secrétaire, familles
Ressources nécessaires	Ressources internes

## L'INTERDISCIPLINARITE ET DOSSIER DU RESIDENT

Au FAM, nous mettons en œuvre avec le résident, une dynamique de l'intervention médico-sociale. Celle-ci qui reste toujours à renforcer, comprend plusieurs dimensions (cf. méthodologie et trame des projets de groupe)

- le quotidien (texte écrit et partagé par les personnes ayant suivi la formation)
- les temps réservés aux activités (internes, externes, groupes, intergroupes)
- les accompagnements spécifiques
- les soins et l'accompagnement à la santé
- l'accompagnement par le moniteur d'atelier et les services généraux

L'ensemble de ces dimensions est indispensable pour mettre en œuvre globalement d'abord une qualité d'accompagnement et une sécurité des soins visant à prendre conscience de leurs ressources, de leurs difficultés, et à se mobiliser pour aller vers plus d'autonomie, si cela est possible.

En s'appuyant sur les orientations du projet d'établissement, ces dimensions doivent se conjuguer pour permettre la réalisation du projet individuel élaboré avec et pour chaque résident par les équipes du FAM. Des modalités pour mettre en œuvre la dynamique de l'intervention sont retenues. Il s'agit principalement de réunions et groupes de travail.

## 1 Le dossier du résident et le juste partage de l'information

Le dossier des résidents est séparé en 3 volets :

- Le volet administratif archivé dans le bureau de la cadre administrative ; il comporte les informations d'état civil, les jugements d'éventuels tutelles, et des autorisations administratives
- Le volet éducatif archivé dans le bureau de l'adjoint de direction ; il comporte des éléments éducatifs du dossier antérieur, le contrat de séjour et ses avenants, les projets individuels, les bilans synthétiques
- Le volet médical archivé dans le bureau des médecins ; il contient les documents de santé, les prescriptions, les comptes rendus médicaux et bilans.

## LA PROMOTION DE LA BIENTRAITANCE

Au FAM, la définition de la bientraitance que nous retenons est celle stipulée par la Recommandation des Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM.

« La bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance. Elle ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. La bientraitance se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Elle ne peut se construire au sein d'une structure donnée qu'au terme d'échanges continus entre tous les acteurs. »

Concrètement, les équipes ont identifié, décrit les pratiques de bientraitance et les points de vigilance à travers des activités / processus d'une journée et d'une nuit des résidents au FAM.

Un guide (interne) à la promotion de la bientraitance et à la prévention / lutte contre la maltraitance est élaboré et partagé par toutes les équipes du FAM.

## La prévention, le repérage, le signalement, le traitement de la maltraitance

La maltraitance est la négation de la personne humaine selon la circulaire du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS :

*« Tout acte de maltraitance est intolérable, d'autant plus lorsqu'il est commis à l'encontre d'une personne fragile (personne âgée dépendante, personne handicapée), accompagnée en établissement ou en service médico-social, très souvent hésitante à se défendre ou à dénoncer la situation dont elle est victime par crainte notamment des représailles. Il appartient dès lors à l'Etat, de veiller à ce que la protection des personnes vulnérables soit garantie par l'ensemble des acteurs de leur prise en charge, ainsi qu'à l'organisation de la révélation des faits ou situations de maltraitance et à la prévention des risques de maltraitance, par le développement de bonnes pratiques professionnelles. »*

Dans le cadre du Projet d'Etablissement du FAM, la direction souligne la nécessité quotidienne de la prévention de la maltraitance : « *La prévention des dangers et des risques de dangers pour la personne adulte vulnérable accueillie au FAM doit être au centre de nos missions quel que soit le poste que nous occupons. Ce qui veut dire que la protection des résidents du FAM est une **OBLIGATION** qui s'impose à tous, dans nos actions professionnelles de tous les jours. »*

Tous les comportements contraires à ces orientations, qui tendent à nier la personne, sont susceptibles de générer de la maltraitance.

De manière générale, différents aspects de la maltraitance sont identifiés dans le guide du Conseil Général de XXX.

Les différentes formes de maltraitance identifiées dans le Guide pratique de l'information signalante et du signalement à l'usage des professionnels (Département de XXX) sont les suivantes :

- Privation(s) et/ou négligence(s)
- Spoliation
- Maltraitance médicamenteuse
- Maltraitance physique
- Maltraitance psychologique

La prévention de la maltraitance est essentielle et fait notamment l'objet d'actions spécifiques :

- Prise en compte de la prévention de la maltraitance lors de l'élaboration du nouveau projet d'établissement, des nouveaux projets de groupes, des réunions d'équipes
- Intégration de la thématique « Bientraitance » aux réflexions d'équipe, aux réunions interservices et notamment à l'analyse de la pratique
- Programmes de formation (par un organisme extérieur spécialisé) pour l'ensemble du personnel : 1 séance de formation, tous les 3 ans
- Analyse et traitement des fiches d'événements indésirables
- Intégration des fiches des Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles dans le classeur qualité de chaque service.

Au-delà de la prévention, l'établissement a mis en place une procédure de signalement et de traitement de la maltraitance.

En conformité avec la CIRCULAIRE N° DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS, il est fait obligation aux ARS de vérifier que les numéros d'appel des dispositifs nationaux sont stipulés dans les projets d'établissement, les livrets d'accueil et les contrats de séjour.

Le numéro d'appel est le 3977 pour les situations concernant les adultes en situation de handicap.

Au FAM, dans le cadre des réflexions et des procédures partagées par toutes les parties prenantes, les équipes et la Direction renforcent la prévention et la lutte contre la maltraitance.

A titre d'exemple, tous les salariés signalent à travers des fiches d'évènements indésirables, soit des réclamations, soit des plaintes.

Toutes ces situations analysées, traitées et suivies par l'équipe pluridisciplinaire concourent en partie à la prévention de la maltraitance.

Des réunions d'équipes, des formations internes (Prévisions pour le 1<sup>er</sup> semestre 2017) ajoutent à ce dispositif des moyens supplémentaires pour la prévention et la lutte de la maltraitance et le développement de la bientraitance.